

CRITERIOS JURISPRUDENCIALES EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

El Contrato de Seguro

Omar Orozco Colmenares



Instituto de Altos Estudios Especializados
de Seguros y Reaseguros

Lic. Frederick Senior

VOL. 2
2024



***Crterios jurisprudenciales en la
actividad aseguradora***

El Contrato de Seguro

TOMO II

Omar Orozco Colmenares

Compilador
(Jonás E. Aponte A.)

Coordinadoras
(Marían Urbina O. y Nathalie Urbina O.)

*Criterios jurisprudenciales en la
actividad aseguradora*

El Contrato de Seguro
Vol. 2

TOMO II

Criterios jurisprudenciales en la actividad aseguradora

El contrato de seguro

Vol. 2.

Primera edición año 2024

Hecho el depósito de Ley:

Depósito legal N°: DC2024001679

ISBN: 978-980-8063-01-1

Editado por JEAA.

Portada Cristian M. Chacón K.

Copyright ® Todos los derechos reservados a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (SUDEASEG). Salvo excepción prevista por la ley, no se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright.

© Superintendencia de la Actividad Aseguradora

Final de la Av. Venezuela, Torre del Desarrollo, El Rosal, Municipio Chacao, Área Metropolitana de Caracas, Venezuela, Código Postal 1060

Dedicatoria

A Frederick Ernest Senior Gilhem
por los aportes, esfuerzo y enseñanza
en la actividad aseguradora.

.

2011



TRIBUNAL: Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo.

SENTENCIA: 2011-1360.

FECHA: 04 de octubre de 2011.

PARTES: Sociedad Mercantil “SANITAS DE VENEZUELA C.A.”, contra el Instituto para la Defensa de las personas en el acceso de bienes y servicios (INDEPABIS).

.....
TEMA: VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA DEFENSA Y LA PRESUNCIÓN DE INOCENCIA

Máxima: se consagra el derecho a la presunción de inocencia, cuyo contenido abarca tanto lo relativo a la prueba y a la carga probatoria, como lo concerniente al tratamiento general dirigido al imputado a lo largo del procedimiento. Por tal razón, la carga de la prueba sobre los hechos constitutivos de las pretensiones sancionadoras de la Administración recae exclusivamente sobre ésta. De manera que la violación al aludido derecho se produciría cuando del acto de que se trate se desprenda una conducta que juzgue o precalifique como ‘culpable’ al investigado, sin que tal conclusión haya sido precedida del debido procedimiento, en el cual se le permita al particular la oportunidad de desvirtuar los hechos imputados.

Máxima: siendo que la presunción de inocencia es una garantía inscrita dentro del debido proceso y, por lo tanto, aplicable a todas las actuaciones judiciales y administrativas, es elemental que la parte quien impute o atribuya la comisión u omisión de una conducta tenga —como fórmula imperativa— la carga de probarla.

EXTRACTO:

Previamente debe señalar esta Corte que las denuncias de violación del derecho a la defensa y a la presunción de inocencia se estudiaran de forma conjunta en este primer punto, dado la estrecha vinculación con que fueron formuladas por la parte recurrente al plantear ambas denuncias.

Manifestó la parte recurrente en su recurso contencioso administrativo de nulidad del acto impugnado incurrió en violación del derecho a la defensa “(...) toda vez que el INDECU no valoró los argumentos y pruebas expuestos por SANITAS en el escrito de descargos, referidos al contrato de asistencia médica que suscribió el titular (...); los alegatos expuestos en defensa de SANITAS referente a la improcedencia de la denuncia interpuesta en su contra no fueron debidamente valorados por el INDECU y se desestimaron por considerar que en el expediente administrativo no existía prueba alguna que desvirtuara la improcedencia de la solicitud del contratante (...)”. (Resaltado del original).

Indicaron además “(...) que de la revisión de la Resolución recurrida, la Administración no analizó en detalle ninguno de los medios probatorios aportados por SANITAS al expediente. Por el contrario, la Resolución recurrida señaló que [su] representada ‘no aportó al procedimiento administrativo especial llevado por [esa] sala ningún elemento probatorio que se considerara suficiente para refutar y desvirtuar lo manifestado por el reclamante, cuando lo cierto es que existía en el expediente, entre otros elementos probatorios, un informe médico, fechado 22 de noviembre de 2004, en el que se determinó que el contratante adolecía de una enfermedad identificada como ‘Varicorragia que progresó a ulceración’, la cual era una enfermedad clasificada como hereditaria, según se desprende del informe que se consigna en el presente recurso (...)”. (Resaltado del original) [Corchetes de esta Corte].

Así las cosas, manifestó la parte recurrente en su recurso contencioso administrativo de nulidad del acto impugnado que el mismo adolece de violación de la presunción de inocencia, toda vez que a su criterio que

el para entonces INDECU no comprobó el supuesto incumplimiento del artículo 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, sino por el contrario, pretendió que SANITAS desvirtuara tal imputación, es decir, comprobara su inocencia.

En ese mismo orden de ideas, esgrimieron que “[la] Resolución Recurrída impuso una sanción administrativa bajo la consideración de que SANITAS no desvirtuó los hechos que se le imputaban y, adicionalmente, omitió valorar los elementos probatorios que se encontraban consignados en el expediente administrativo, actuación que comporta una violación del derecho a la defensa y a la presunción de inocencia consagrado en el artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Como se puede observar de la revisión de la Resolución Recurrída, la Administración no analizó en detalle ninguno de los medios probatorios aportados por SANITAS al expediente (...)”; asimismo, manifestaron que no se“(...) valoró el Informe Médico de fecha 08 de noviembre de 2004 (...)”; que “(...) se omitió la valoración del contrato suscrito con el contratante y comunicación de fecha 14 de diciembre de 2004, en la que SANITAS informó al contratante que su solicitud de intervención fue rechazada a lo establecido en la Cláusula Cuarta del contrato” (Negritas y mayúsculas del original) [Corchetes de esta Corte].

En relación con la garantía del derecho a la defensa es preciso destacar que el artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece lo siguiente:

“El debido proceso se aplicará a todas las actuaciones judiciales y administrativas; en consecuencia: (...)

(...) 1. La defensa y la asistencia jurídicas son inviolables en todo estado y grado de la investigación y del proceso. Toda persona tiene derecho a ser notificada de los cargos por los cuales se le investiga, de acceder a las pruebas y de disponer del tiempo y de los medios adecuados para ejercer su defensa. Serán nulas las pruebas obtenidas mediante violación del debido proceso. Toda persona declara-

da culpable tiene derecho a recurrir del fallo, con las excepciones establecidas en esta Constitución y la ley. (...)

(...) 3. Toda persona tiene derecho a ser oída en cualquier clase de proceso, con las debidas garantías y dentro del plazo razonable determinado legalmente por un tribunal competente, independiente e imparcial establecido con anterioridad. Quien no hable castellano, o no pueda comunicarse de manera verbal, tiene derecho a un intérprete. (...)"

El precepto parcialmente transcrito, proclama la interdicción de la arbitrariedad de los órganos del Poder Público frente a los ciudadanos, en la producción de sus actos y decisiones, en sede administrativa y jurisdiccional, para garantizar su necesaria participación en todas las fases del proceso. El derecho a la defensa comprende el derecho a conocer los cargos objeto de investigación, formular alegatos, desplegar las defensas y excepciones frente a los cargos imputados, a probar y ejercer los recursos legalmente establecidos, entre otros.

Por su parte, el principio de presunción de inocencia consagrado en el numeral 2 del artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, se une inexorablemente al inculpado en todo grado del procedimiento, implica una garantía que lo exime de la carga de demostrar su inocencia, constriñe formalmente el órgano o ente instructor del procedimiento la demostración de la responsabilidad del inculpado del hecho que se le atribuye. A todo evento, y en el supuesto que no logre acreditarse con certeza una relación de causalidad entre su conducta y el hecho ilícito que se le imputa, conforme al principio *in dubio pro reo* el instructor deberá absolverlo de toda responsabilidad.

En lo que respecta al derecho de presunción de inocencia, resulta necesario traer a colación lo señalado por la Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia de la República Bolivariana de Venezuela (Vid. Sentencia 2003-1450 fecha 30 de enero de 2007), y desarrollado por esta Corte en sentencia de esta Corte N° 2009-45 de fecha 21 de enero de

2009, caso: Banco Mercantil, Banco Universal, C.A. Vs. La Superintendencia de Bancos y Otras Instituciones Financieras (Sudeban).

“(...) la aludida presunción de inocencia trasciende en aquellos procedimientos administrativos que como el analizado, aluden a un régimen sancionatorio, concretizado en la necesaria existencia de un procedimiento previo a la imposición de la sanción, que ofrezca las garantías mínimas al sujeto investigado y permita, sobre todo, comprobar su culpabilidad”.

En esos términos se consagra el derecho a la presunción de inocencia, cuyo contenido abarca tanto lo relativo a la prueba y a la carga probatoria, como lo concerniente al tratamiento general dirigido al imputado a lo largo del procedimiento.

Por tal razón, la carga de la prueba sobre los hechos constitutivos de las pretensiones sancionadoras de la Administración, recae exclusivamente sobre ésta. De manera que la violación al aludido derecho se produciría cuando del acto de que se trate se desprenda una conducta que juzgue o precalifique como ‘culpable’ al investigado, sin que tal conclusión haya sido precedida del debido procedimiento, en el cual se le permita al particular la oportunidad de desvirtuar los hechos imputados”. (Negrillas de esta Corte).

Por tal motivo, siendo que la presunción de inocencia es una garantía inscrita dentro del debido proceso y por lo tanto aplicable a todas las actuaciones judiciales y administrativas, es elemental que la parte quien impute o atribuya la comisión u omisión de una conducta tenga —como fórmula imperativa— la carga de probarla.

.....
**TEMA: CARGA DE LA PRUEBA EN LOS PROCESOS
ADMINISTRATIVOS**

Máxima: la carga de la prueba implica el deber que tie-

nen las partes de presentar el sustento fáctico de sus pretensiones.

Máxima: el hecho de que la Administración tenga la carga de probar en el procedimiento que se sustancie los hechos con base a los cuales considera que es procedente la aplicación de la sanción correspondiente, no implica que el administrado no tenga la carga de traer a los autos las pruebas que permitan evidenciar ante la Administración, la licitud de su actuación.

EXTRACTO:

La carga de la prueba implica el deber que tienen las partes de presentar el sustento fáctico de sus pretensiones. En este sentido, se observa que dicha carga se encuentra establecida en el artículo 506 del Código de Procedimiento Civil y en el artículo 1.354 del Código Civil.

Al tal respecto, resulta oportuno resaltar que las alegaciones que realicen las partes dentro de un proceso como en un procedimiento administrativo –con sus diferencias-, tendrán como objetivo fundamental fijar y asentar los límites cognoscitivos y pragmáticos bajo los cuales queda reducido el mismo, permitiendo establecer una aproximación referencial o deductiva de las circunstancias fácticas que en la oportunidad legal correspondiente serán objeto del derecho y carga probatoria. Es de hacer notar, que las afirmaciones, negaciones y rechazos, que realicen las partes sobre un supuesto hipotético determinado, serán concebidos como hechos reales y ciertos, siempre y cuando como *conditio sine qua non* cuenten con respaldo probatorio que soporte el contenido material de lo manifestado.

Así, la carga de probar la veracidad de sus afirmaciones constituye una obligación legal impuesta a las partes contendientes, en beneficio de su propio interés. En el momento en que alguna de las partes formulen alegatos, realicen afirmaciones o atribuyan a otro la ejecución de alguna con-

ducta, deben traer al proceso el material probatorio que soporte cada una de sus proposiciones.

En tal sentido, esta Corte en atención a lo dispuesto en el artículo 1.354 del Código Civil, señaló que el mismo se limita a regular la distribución de la carga de la prueba, esto es, determina a quién corresponde suministrar la prueba de los hechos en que se fundamente la acción o la excepción, de allí que incumbe al actor probar los hechos constitutivos, es decir, aquellos que crean o generan un derecho a su favor y se traslada la carga de la prueba al demandado con relación a los hechos extintivos, modificativos e impeditivos ya que éste puede encontrarse en el caso de afirmar hechos que vienen a modificar los del actor, a extinguir sus efectos jurídicos o a ser un impedimento para las exigencias de los efectos (Vid. Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2009-1675, del 15 de octubre del 2009, caso: Sanitas de Venezuela, S.A., contra el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS)).

De igual forma, el artículo 506 del Código de Procedimiento Civil, establece en cuanto a la prueba de las obligaciones que “quien pida la ejecución de una obligación debe probarla, y quien pretenda que ha sido liberto de ella, debe por su parte probar el pago o el hecho extintivo de la obligación”.

En ese sentido, como carga, las partes pueden hacer uso de este derecho a objeto de obtener un beneficio o reconocimiento procesal. Por su parte el autor Montero Aroca ha señalado que “(...) el actor tiene que probar lo que constituye el fundamento fáctico de la estimación de su pretensión, mientras que sobre el demandado recae la prueba que lo libera de la obligación asumida conforme a los hechos constitutivos” (Vid. MONTERO AROCA, Juan “La prueba en el Proceso Civil”. Madrid. Editorial Aranzadi, 2005, p. 119).

Por ello, el hecho de que la Administración tenga la carga de probar en el procedimiento que se sustancie los hechos con base a los cuales considera que es procedente la aplicación de la sanción correspondiente, no implica que el administrado no tenga la carga de traer a los autos las pruebas que permitan evidenciar ante la Administración, la licitud de su actuación.



Este despacho se permite en señalar que de conformidad con el artículo 506 del Código de Procedimiento Civil Venezolano (...), la carga de la prueba le corresponde a las partes, es decir, al accionante y al accionado en suministrar elementos probatorios de los hechos controvertidos, de los cuales se fundamenten sus pretensiones (...), caso que el denunciado no aportó prueba o soporte en el cual se pudiese constatar que efectivamente la enfermedad o sufrimiento que acontecía al denunciante se haya originado con antelación a la adquisición de los servicios de Sanitas, asimismo, tampoco se desprendió de autos documentación alguna en el cual se apreciara que el reclamante no podía disfrutar de los servicios ofrecidos por Sanitas, en consecuencia no aportó al procedimiento administrativo especial llevado por esta sala ningún elemento probatorio que se considerara suficiente para refutar y desvirtuar lo manifestado por el reclamante.



Al no existir elemento probatorio alguno aportado por el establecimiento de autos que desvirtué los hechos denunciados, este Despacho tras examinar los antecedentes administrativos de caso (sic) que nos ocupa que en el establecimiento de autos, transgredió lo dispuesto en los artículos 62, 63 y 92 de la Ley al Consumidor y al Usuario, toda vez que incumpliendo con dar información clara y suficiente sobre el servicio que ofrece para la prestación del servicio.



El objeto primordial de las normativas que componen la Ley supra identificada, es proteger al consumidor y al usuario en su condición de débil jurídico en las transacciones del mercado a fin de que el comerciante y

proveedor de un bien y/o un servicio le de cumplimiento real y efectivo a lo pactado o convenido, mucho más en aquellos casos en que una vez lograda su finalidad de captar a la clientela necesaria para su existencia; preste el servicio de manera distinta a la ofrecida o incumpla con su obligación tal como lo señala la Ley. En este sentido el INDECU en ejercicio de sus funciones como ente promotor, regulador y controlador de las actividades económicas debe garantizar el respeto de los Derechos de los consumidores y velar por el desarrollo de una economía social de mercado, donde las empresas que ofrezcan sus servicios sean responsables en ejecutar el mismo.



Por consiguiente y en virtud de las transgresiones de los artículos 62, 63 y 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, el Presidente de este Instituto Para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), en uso de sus atribuciones legales y de conformidad con lo previsto en los artículos 120 y 122 de la Ley Ejusdem; decide sancionar con multa de DOSCIENTAS (200) UNIDADES TRIBUTARIAS, equivalentes a la cantidad de BOLÍVARES SIETE MILLONES QUINIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS SIN CÉNTIMOS (Bs. 7.526.400,00) a la sociedad mercantil denominada SANITAS VENEZUELA S.A. (sic) (...). (Resaltado del original).

Siendo ello así, a tenor de los artículos 92 y 122 sobre el cual se funda la sanción impuesta a la Sociedad Mercantil SANITAS de Venezuela, se expresa lo siguiente:

“Artículo 92. Responsabilidad civil y administrativa. Los proveedores de bienes o servicios, cualquiera sea su naturaleza jurídica, incurrirán en responsabilidad civil y administrativa, tanto por los hechos propios como por los de sus dependientes o auxiliares, permanentes o circunstanciales, aun cuando no tengan con los mismos una relación laboral.

Artículo 122. Multa a los fabricantes e importadores. Los fabricantes e importadores de bienes que incumplan las obligaciones previstas en los artículos 21, 92, 99, 100, 101 y 102 de la presente Ley, serán sancionados con multa de treinta unidades tributarias (30 U.T.) a tres mil unidades tributarias (3000 U.T.)”.

.....

**TEMA: ESTADO SOCIAL Y LOS AGENTES ECONÓMICOS
(SEGUROS, BANCOS Y MEDICINA PREPAGADA)**

Máxima: la fórmula del Estado Social, implica la expresión de un conjunto de acciones o de acciones comunes fecundadas por el Estado con un propósito de inmisión e intervención en la vida social de la colectividad.

Máxima: el Estado Social se sostiene sobre una Administración orientada a dar cumplimiento a las necesidades sociales, impulsando los instrumentos más idóneos para este fin democrático.

Máxima: todos los agentes económicos que giren sus actividades en torno a la actividad de interés general, como el seguro, bancario, y la medicina prepagada deberán configurar una plataforma que encubre la justicia social. Ello implica que todos sus negocios y operaciones estarán ambientadas e informadas por los valores y principios que proclama nuestra Constitución y encuadrada dentro de fórmula del Estado Social.

EXTRACTO:

La fórmula del Estado Social, implica la expresión de un conjunto de acciones o de acciones comunes fecundadas por el Estado con un propósito de inmisión e intervención en la vida social de la colectividad. En tal senti-

do, lo que resulta de la regla en el Estado liberal, vale decir, la inhibición y censura de la inherencia del Estado en ciertas actividades de la vida social, se ha transfigurado y mutado desde su núcleo, con lo cual se ha producido bajo el imperio de la declaración de una igualdad material, la reestructuración -desde la fuente- de los valores, principios y dogmas que en el mismo se fundían.

Así, con el advenimiento del Estado Social la igualdad formal que planteaba Heller se transforma en una igualdad material, es decir, se conduce y canaliza la actividad del Estado en pro de brindar condiciones estables y la mayor suma de felicidad a los ciudadanos, e intrínsecamente, se abandona el viejo, socorrido e infructífero dogma que dividía al Estado y la sociedad. Así se tiene que, el Estado social no pretende eliminar ni dismantelar el valor de la libertad sino reconducirlo correctamente a una real y verdadera igualdad, y de esa manera confinar al olvido toda acción que implique una distinción entre Estado y sociedad.

Por tal motivo, en la coyuntura actual, bajo el esquema que define el constitucionalismo moderno, sociedad y Estado no pueden definirse ya como dos sistemas autoregulados, sino como subsistemas interdependientes, relacionados y condicionados por interrelaciones de cualquier orden y la función del Estado como consecuencia de las constantes intervenciones conducen a una “transformación estructural de la sociedad”. (Ob. Cit. García Pelayo, pp. 126).

Así pues, Estado y sociedad ya no van a ser realidades separadas ni opuestas. Por el contrario, el Estado social parte de que la sociedad, dejada a sus mecanismos autorreguladores, conduce a la pura irracionalidad y de que sólo la acción del Estado puede neutralizar los efectos disfuncionales de un desarrollo económico y social no controlado (Vid. Sentencia N° 2008-1596 de fecha 14 de agosto de 2008, caso: Óscar Alfonso Escalante Zambrano Vs. Cabildo Metropolitano de Caracas).

En el mismo orden de ideas, el Estado Social se sostiene sobre una Ad-

ministración que orientada a dar cumplimiento a las necesidades sociales, impulsando los instrumentos más idóneos para este fin democrático. (Vid. Sentencia N° 2009-620, del 15 de abril del 2009, caso: Alimentos Polar Comercial C.A. contra la Superintendencia Nacional de Silos, Almacenes y Depósitos Agrícolas), no obstante, ello no implica que la sociedad no procure la construcción del dicho Estado, y más aun, que obvie su responsabilidad social.

El Estado no puede ni debe emprender por cuenta propia la tarea de realizar la sociedad más justa posible. En esa tarea, los sujetos económicos en general, no pueden ni deben quedar al margen en la lucha por la justicia social. Deben insertarse en ella a través de políticas comerciales coherentes, racionales y necesarias para el mercado y, además, cumpliendo con las asistencias económicas que la ley establezca, por ser el instrumento jurídico que recoge las necesidades sociales más urgentes por aminorar. (Vid. Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2009-1810, del 29 de octubre del 2009, caso: Inversiones Inucica, C.A. contra el Municipio Zamora del Estado Miranda).

Por tal motivo, todos los agentes económicos que giren sus actividades en torno a la actividad de interés general, como el seguro, bancario, y la medicina prepagada deberán configurar una plataforma que encumbre la justicia social. Ello implica, que todos su negocios y operaciones estarán ambientadas e informadas por los valores y principios que proclama nuestra Constitución, y encuadrada dentro de fórmula del Estado Social. Así se declara. (Para mayor abundamiento véase Sentencia Número 2011-0708 de fecha 3 de mayo de 2011, proferida por esta Corte en el caso: Sanitas de Venezuela S.A contra Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario).

Ahora bien, en atención a lo anterior, al ser los contratos un instrumento jurídico que permite a la colectividad regular un determinado evento y tener fuerza vinculante entre éstas, en función a la autonomía de la voluntad, "(...) se corre el riesgo de olvidar que, como ente jurídico que él

es, la relevancia del contrato en el mundo de derecho deriva de la ley, así como también deriva de la ley, su validez, la interpretación de su alcance y eficiencia”. (Vid. José Mérlich-Orsini, *Doctrina General del Contrato*, 4ta Edición, Academia de Ciencias Jurídicas y Sociales, pp. 440), no obstante, más allá de tener el contrato como marco regulatorio a la Ley, y evitar así que tenga fuerza vinculante propia, sin sujeción a ésta, y sin arreglo alguno a la jerarquía de las fuentes, hoy día, debe entenderse que el fundamento axiológico y jurídico del contrato reposa en un primer orden en la Constitución que es derecho directamente aplicable por parte de todos los operadores jurídicos, especialmente los jueces, en virtud del artículo 7 y 334 del texto fundamental.

En ese sentido, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela constituye el fundamento del ordenamiento jurídico, y sus normas, valores y principios funden al mismo de contenido material, quedando suprimida cualquier práctica que pretenda formalizar su inmediata aplicabilidad o darle una dimensión programática a las mismas. En efecto, tanto los instrumentos de rango legal como sublegal estarán envueltos en la esfera axiológica y normativa de la Constitución, y sus dispositivos normativos estarán adecuados conforme a la ecuménica Cláusula del Estado Social. (Vid. Sentencia Número 2011-0708 de fecha 3 de mayo de 2011 ut supra indicada).

Ahora bien, entendiendo que el ciudadano José Carlos Hernández Clemente suscribió un contrato de Medicina Prepagada con SANITAS, es fundamental establecer la naturaleza del mismo, y conforme a ello, delinear si SANITAS se hallaba en la obligación de brindar el servicio solicitado.

..... •
TEMA: CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA
(NATURALEZA JURÍDICA)

Máxima: se puede entender a la medicina prepagada

como la unión o asociación de un grupo de profesionales de la salud integrados en una estructura biomédica, que ciertamente incluye recursos tecnológicos y científicos de que dispone hoy la ciencia médica para el cuidado, conservación y rescate de la salud, o de clínicas, que prestan directamente el servicio a un grupo de afiliados, quienes se comprometen al pago adelantado de tales servicios; e igualmente podría presentarse a través de la creación de una persona jurídica bajo la forma de sociedad mercantil o asociación civil, que se limita a la celebración de los contratos con los afiliados y a la contratación de los servicios médicos con otras entidades, prestando una actividad de intermediación y cobertura de riesgos.

Máxima: los usuarios contratan voluntariamente un plan de cobertura médica con una gama de servicios, comprometiéndose por su parte a pagar una cuota periódica. Como contrapartida, la entidad debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada usuario de acuerdo con el tipo de plan que hubiese contratado y en el momento en que se produzcan las alteraciones de salud, o según sea requerida de acuerdo a los planes ofrecidos, lo que evidencia que se trata de una actividad económica con un alto impacto social.

Máxima: la medicina prepagada, sin importar su denominación técnica, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, similar a la desplegada por las empresas de seguros, por cuanto, asumen la prestación de un servicio o el resarcimiento de un daño al ocurrir una contingencia vinculada o inherente a problemas de salud, los cuales son cubiertos con recursos captados de un universo de personas.

Máxima: el contrato de medicina prepagada cumple con los requisitos para ser una actividad de seguros, por cuanto en ella encontramos: i) la mutualidad entre un contratante y la masa de los otros contratantes, ya que lo que se hace es transferir el riesgo que corre esta persona contratante a todo el grupo o masa de contratantes, que son en definitiva quienes van a soportar la pérdida al materializarse el riesgo (enfermedad o accidente que den origen a la obligación de prestar el servicio médico; y ii) el lucro que la empresa obtiene con el ejercicio de esa actividad.

EXTRACTO:

En tal sentido, este Órgano Jurisdiccional observa que SANITAS funciona bajo un esquema de medicina prepagada, se presenta a través de la unión o asociación de un grupo de profesionales de la salud integrados en una estructura biomédica, que ciertamente incluye recursos tecnológicos y científicos de que dispone hoy la ciencia médica para el cuidado, conservación y rescate de la salud, o de clínicas, que prestan directamente el servicio a un grupo de afiliados, quienes se comprometen al pago adelantado de tales servicios; e igualmente podría presentarse a través de la creación de una persona jurídica bajo la forma de sociedad mercantil o asociación civil, que se limita a la celebración de los contratos con los afiliados y a la contratación de los servicios médicos con otras entidades, prestando una actividad de intermediación y cobertura de riesgos.

En líneas generales, puede caracterizarse a las empresas de medicina prepagadas como administradoras de recursos destinados a la atención de la salud. La denominación usual deriva de que los asociados contratan voluntariamente un plan de cobertura médica con una gama de servicios, comprometiéndose por su parte a pagar una cuota periódica. Como contrapartida, la entidad debe administrar esos recursos, adjudicándolos a

cada usuario de acuerdo con el tipo de plan que hubiese contratado y en el momento en que se produzcan las alteraciones de salud, o según sea requerida de acuerdo a los planes ofrecidos, lo que evidencia que se trata de una actividad económica con un alto impacto social.

El usuario de este tipo de servicio no sólo es un usuario sino que, antes de ello, es sujeto del derecho a la salud. Esto es, más allá de las relaciones y modalidades contractuales en las que el usuario debe hacer valer sus derechos como tal, en la medicina prepaga siempre está en juego el derecho a la salud —y el derecho a la vida—. (Vid. Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2009-1675, del 15 de octubre del 2009, caso: SANITAS DE VENEZUELA S.A contra el entonces Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso de Bienes y Servicios (INDEPABIS)).

Al ser así, resulta claro que para el desarrollo de sus actividades, las empresas de medicina prepagada, tienen como uno de sus presupuestos básicos, “prestar un servicio”, tan inmensamente relevante como es constituye de salud, y por tal motivo sujeta a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites.

Ahora bien, en atención a lo preceptuado en el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que erige el derecho a la salud como derecho social fundamental, y por lo tanto, vinculado en un plano de total igualdad al derecho a la vida, en sentencia número 2008-1543 de fecha 12 de agosto de 2008, (caso: LABORATORIOS SUBSTANTIA, C.A.), esta Corte señaló que el Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, y que la sociedad como noción integral —y no meramente como un añadido de componentes- interdependientes al Estado participarán activamente en la protección de la salud.

En este sentido, siendo que el derecho a la salud como un derecho fundamental de orden social, y que su garantía y protección está reservado al Estado, representa para éste una obligación, en los términos establecidos

en artículo 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, de intervenir y regular las instituciones que dediquen a la prestación de tales servicios.

De esta manera, la medicina prepagada no es una actividad de cualquier tipo, puesto que por medio de ella tales empresas prestan un servicio de salud. De otro lado, el desarrollo de esta actividad implica el ejercicio de la medicina, que es una profesión la cual conlleva riesgos sociales que justifican la inspección y vigilancia estatal.

Finalmente, este tipo de prestación del servicio de salud es específico debido a la modalidad del prepago, pues ella implica mayores riesgos para los usuarios del sistema. Así, cuando un cliente paga un servicio ya prestado, su necesidad de atención de salud ha sido satisfecha. En cambio, en la medicina prepagada existe siempre el riesgo de que la persona abone la tarifa pero no pueda acceder al servicio de salud al cual tiene derecho según el contrato, pues si el prestador de servicios entra en crisis por no haber efectuado manejos financieros adecuados el cliente queda desprotegido. (Vid. Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia N° T-650/07 de fecha 17 de agosto de 2007, expediente T-1603300).

En este orden de ideas, el único mediador válido para dar respuesta a las demandas de los usuarios, son los actores sociales que presentan mayores dificultades a la hora de lograr que se respeten sus derechos en materia de salud, es el Estado.

La medicina prepagada, sin importar su denominación técnica, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, similar a la desplegada por las empresas de seguros, por cuanto, asumen la prestación de un servicio o el resarcimiento de un daño al ocurrir una contingencia vinculada o inherente a problemas de salud, los cuales son cubiertos con recursos captados de un universo de personas, y en virtud de ello, obtienen un lucro con el ejercicio de esa actividad, por lo cual, conforme al artículo 86 de la Constitución, se trata de una actividad de interés general en el cual se requiere un intenso control estatal.

Ciertamente, la actividad realizada por las empresas que prestan servicios de medicina prepagada “(...) es similar a la desplegada por las empresas de seguros, a través de sus contratos de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (H.C.M.), con lo cual puede reducirse a una actividad propia del mercado asegurador y no de una verdadera medicina prepagada, en vista de que cumple con los requisitos para ser una actividad de seguros, por cuanto en ella encontramos: 1) La mutualidad entre un contratante y la masa de los otros contratantes, ya que lo que se hace es transferir el riesgo que corre esta persona contratante a todo el grupo o masa de contratantes, que son en definitiva quienes van a soportar la pérdida al materializarse el riesgo (enfermedad o accidente que den origen a la obligación de prestar el servicio médico (sic)). 2). El lucro que la empresa obtiene con el ejercicio de esa actividad.” (Superintendencia de Seguros. Dictámenes 2004 N° 22. Consideraciones sobre Medicina Prepaga y sus diferencias con la actividad aseguradora. http://www.sudese.gov.ve/dict_2004_22.php).

.....
TEMA: CONTRATO DE SEGURO

Máxima: el contrato de seguro ha sido definido por la doctrina como: “aquella institución de previsión por la que, mediante el pago de una prima o cuota, única o periódica, se adquiere el derecho a ser indemnizado por los daños o menoscabo sufridos en nuestra persona o bienes o a la entrega o disfrute de un capital, en época y tiempo determinados”.

Máxima: el artículo 5 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Extraordinario No 5.553 de fecha 12 de noviembre de 2001, define el contrato de seguro como: “aquel que en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las

consecuencias de riesgos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por una póliza”.

Máxima: a tenor de la definición propuesta por la Ley, se pueden extraer los siguientes elementos: i) es un contrato, en consecuencia priva la voluntad o concierto de voluntades; ii) una empresa de seguros o aseguradora asume los riesgos (artículo 7); en virtud de ese hechos iii) el tomador –persona quien traslado los riesgos– paga una prima a la empresa de seguros o aseguradora; y iv) el siniestro debe ser independiente de la voluntad del beneficiario o tomador.

EXTRACTO:

Igualmente, resulta oportuno acotar que el contrato de seguro surge en la búsqueda del hombre de una defensa, una situación de tranquilidad o confianza para preservar, resguardar o por lo menos compensar los efectos del daño causado por todas las circunstancias a las cuales se haya expuesto; así pues, el contrato de seguro, tiene como objetivo fundamental satisfacer aquel anhelo de seguridad, en el cual una de las partes ostenta la capacidad y el poder para salvaguardar y soportar las desgracias que amenazan a la otra que, a través del pago de una suma de dinero, le confía el resguardo de su persona, su patrimonio, etc.

De allí que, el contrato de seguro ha sido definido por la doctrina como “aquella institución de previsión por la que, mediante el pago de una prima o cuota, única o periódica, se adquiere el derecho a ser indemnizado

por los daños o menoscabo sufridos en nuestra persona o bienes o a la entrega o disfrute de un capital, en época y tiempo determinados”. (Benítez de Lugo. Citado por Acevedo Mendoza, Manuel. Tema sobre Derecho de Seguros. Editorial Jurídica Venezolana. Caracas. 1999. Pág. 193).

En efecto, el artículo 5 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Extraordinario N° 5.553 de fecha 12 de noviembre de 2001, define el contrato de seguro de la siguiente manera:

“Artículo 5. El contrato de seguro es aquel en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por una póliza.”

Al tenor de la definición propuesta por la Ley, se pueden extraer los siguientes elementos: (i) es un contrato, en consecuencia priva la voluntad o concierto de voluntades; (ii) una empresa de seguros o aseguradora asume los riesgos (artículo 7); en virtud de ese hechos (iii) el tomador –persona quien traslado los riesgos- paga una prima a la empresa de seguros o aseguradora; y (iv) el siniestro debe ser independiente de la voluntad del beneficiario o tomador.

Bajo ese prisma, y en función a los elementos característicos de las empresas de seguro, esta Corte señaló que la prestación de servicio que realiza SANITAS, a pesar de que su forma y constitución no evidencie – para ese momento- propiamente y en rigor de términos una actividad aseguradora, la misma presta un servicio, con elementos parecidos si no miméticos a los que brindan dichas empresas, con la particularidad que atienden servi-

cios de “Asistencia Médica”. (Vid. Sentencias de esta Corte Números 2009-1228 y 2009-1229 y 2009-1675 caso: Sanitas de Venezuela vs. Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario).

En tal sentido, el contrato suscrito entre la sociedad mercantil Sanitas de Venezuela y el ciudadano José Carlos Hernández Clemente debe ser considerado de características asimilables a una póliza de seguro cuya cobertura comprende los servicios de hospitalización, cirugía y maternidad, y en consecuencia tanto la empresa recurrente como la beneficiaria, serán consideradas a los efectos del mismo, usuarios de los servicios prestados por SANITAS. Así se declara.

.....
TEMA: CLÁUSULAS ABUSIVAS

Máxima: se consideran cláusulas abusivas todas las cláusulas o condiciones de los contratos predispuestos que atribuyan al predisponente, derechos y facultades exorbitantes o introduzcan limitaciones o restricciones en los derechos y facultades de los adherentes. Igualmente, serán abusivas las cláusulas que supriman o reduzcan las obligaciones y responsabilidades del predisponente o cuando aumenten las obligaciones y cargas del adherente, trayendo como consecuencia una desnaturalización o desequilibrio en la relación jurídica creada por el contrato.

Máxima: la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo estableció una lista de las cláusulas abusivas más comunes en el ordenamiento jurídico, siguiendo a Luis Díez-Picazo, entre las cuales se destacan: i) atribución al predisponente o elaborador del contrato, de derechos y facultades exorbitantes, dentro de este subgénero se pueden mencionar; ii) la exclusión o limitación inade-

cuada de los derechos del consumidor; iii) la limitación de obligaciones del predisponente. Es seguramente, el caso típico de cláusula abusiva y comprende todos aquellos supuestos en que exonera al predisponente la responsabilidad por incumplimiento o por cumplimiento defectuoso, de cualquiera de sus obligaciones; iv) la imposición a los adherentes de obligaciones o de cargas que resulten exorbitantes o desproporcionadas.

EXTRACTO:

Habría que destacar que, se hace obligatorio en los contratos de adhesión -como el presente- un estudio pormenorizado de la naturaleza de los mismos, así como de su afectación en las relaciones que pretenden regular, para que esa posición de supremacía o privilegio de una parte frente a la otra, no se traduzca en un abuso o imposición, a la cual queda ligado el usuario sin posibilidad de negociación u oposición alguna.

En este sentido, las estipulaciones que pretendan alcanzar tal propósito, debe entenderse como auténticas cláusulas abusivas, concepto que se utiliza para justificar el control sustancial del contrato cuando existen cláusulas predispuestas que han sido impuestas al usuario y su contenido favorece especialmente al predisponente. En atención a ello, debe tenerse en consideración que el parámetro que define el desequilibrio entre las partes no es la desigualdad económica, sino que hay que orientarlo hacia la superioridad funcional que ostenta el predisponente, de manera que es la inexistencia de negociación individual, unida a un funcionamiento defectuoso del mercado, lo que permite al predisponente disfrutar de unos términos más favorables en sus relaciones con el adherente, por lo que, las exoneraciones de responsabilidad o las condiciones que pretendan ser impuestas a los consumidores en detrimento de sus derechos, deben ser consideradas, como verdaderas cláusulas abusivas (Vid. Sentencia de esta Corte Número 2008-1560 de fecha 12 de agosto de 2008 caso: Banco Exterior vs. INDECU).

Sobre la definición de cláusula abusiva, ya existe una pacífica conceptualización de la misma por parte de esta Corte, entendiendo como tal aquellas que “(...) previamente redactadas que no han sido objeto de negociación por separado, sino impuestas al consumidor que no ha podido influir en su contenido y al que le causan un desequilibrio importante en sus derechos y obligaciones; o bien implica una ejecución del contrato significativamente diferente de lo que de éste pudiera legítimamente esperarse (...)” (Vid. Sentencias de esta corte números 2008-1560; 2009-685; y 2009-2182 de fecha 12 de agosto de 2008, 28 de abril de 2009 y 14 de diciembre de 2009).

Por consiguiente, se considerarán cláusulas abusivas todas las cláusulas o condiciones de los contratos predispuestos que atribuyan al predisponente, derechos y facultades exorbitantes o introduzcan limitaciones o restricciones en los derechos y facultades de los adherentes. Igualmente, serán abusivas las cláusulas que supriman o reduzcan las obligaciones y responsabilidades del predisponente o cuando aumenten las obligaciones y cargas del adherente, trayendo como consecuencia una desnaturalización o desequilibrio en la relación jurídica creada por el contrato.

Igualmente, vista la dificultad inherente a realizar una definición abstracta de cláusula abusiva, esta Corte ha procurado elaborar de lista de las cláusulas abusivas más comunes en el ordenamiento jurídico, así, siguiendo al ilustre jurista Luís Díez-Picazo, se pueden identificar dentro de esta “lista negra de cláusulas abusivas” relativas a la desproporción o falta de equilibrio entre los derechos y facultades de una parte frente a las obligaciones y cargas impuesta a la otra (Vid. DIEZ PICAZO, Luis “Las Condiciones Generales de la Contratación y Cláusulas Abusivas”, Editorial Civitas, 1º edición, Madrid 1996 pp. 40 y ss.). Dentro de este género se pueden citar las siguientes cláusulas:

1. Atribución al predisponente o elaborador del contrato, de derechos y facultades exorbitantes, dentro de este subgénero se pueden mencionar:

a) La atribución al predisponente de la facultad de fijar o modificar los elementos del contrato o su régimen jurídico. En particular, se encuentran en este caso, la atribución al predisponente de ceder el contrato sin el consentimiento de adherente. Un ejemplo típico de ello, sería la cláusula que le permite al prestador del servicio la modificación de las condiciones ofrecidas en los contratos durante su ejecución (ej. variación de rutas de transporte, cambio de los servicios ofrecidos, cambiar un régimen de comodato por arrendamiento, la posibilidad de generar condiciones no previamente establecidas, etc).

b) La atribución del predisponente de la facultad exclusiva de interpretación del contenido contractual.

c) La sumisión de la ejecución de las prestaciones o el cumplimiento de las obligaciones del predisponente a condiciones de carácter potestativo, cuya realización dependa únicamente de su voluntad. Un caso práctico de lo enunciado fue resuelto por esta Corte, en dicha circunstancia, de acuerdo con una cláusula contractual donde una empresa de seguros pretendía desconocer su obligación de pagar la intervención quirúrgica de una paciente, alegando la preexistencia de la enfermedad, por su parte tal preexistencia era determinada unilateralmente por la aseguradora (Vid. Sentencia de esta Corte Número 2008-2368 de fecha 17 de diciembre de 2008).

d) La atribución de la facultad libre de rescisión del contrato. Un ejemplo de ello, fue resuelto por esta Corte en el caso de una prestadora de servicios telefónicos que pretendía revocar y reasignar la línea de un usuario por la presunta falta de pago, ello en virtud del artículo 20 de la Resolución 202 de fecha 24 de abril de 1990, contentiva de la normativa de la Prestación del Servicio de Telefonía Móvil Celular, publicada en la Gaceta Oficial N° 34.454 de fecha 25 de abril de 1990. (Vid. Sentencia de esta Corte Número 2009-1755 de fecha 26 de octubre de 2009).

e) La atribución de privilegiadas formas de garantía: en especial la retención de cantidades abonadas, si el contrato no llega a efectuarse, o la facultad de compensación. Este tipo de cláusulas es muy usual en materia bancaria, en particular esta Corte anuló las disposiciones contractuales de una institución bancaria que compensaba las cantidades debidas a las tarjetas de créditos del usuario con la cuenta nómina que el mismo mantenía con dicho banco, cláusula no sólo abusiva sino también inconstitucional por atentar contra el derecho al salario. (Vid. Sentencia de esta Corte Número 2009-685 de fecha 28 de abril de 2009).

2. La exclusión o limitación inadecuada de los derechos del consumidor:

a) Prohibir o limitar el ejercicio de acciones por el adherente en los casos por incumplimiento total o parcial o de cumplimiento defectuoso de las obligaciones contractuales del predisponente. Un ejemplo típico de ello lo constituye cualquier garantía ofrecida por el proveedor o prestador de servicios inferior a un (1) año, como establece la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario.

b) La imposición de renunciaciones al ejercicio de acciones judiciales y, en particular, establecer cláusulas de arbitraje. Esta consideración se encuentra contenida en el numeral 4 del artículo 87 de la Ley Protección al Consumidor y al Usuario.

c) La limitación indebida de los medios de prueba o los pactos que modifiquen la distribución de la carga de la prueba conforme al derecho aplicable. Un ejemplo de este tipo de caso fue resuelto por esta Corte al anular una cláusula contractual contenida en un contrato de adhesión bancaria; dicha cláusula obligaba al usuario a asumir la responsabilidad por el cobro indebido de cheques a cargo de su cuenta, exonerando a su vez al banco del deber de probar que efectivamente el cheque fuera cobrado por el usuario titular. (Vid. Sentencia de esta Corte Número 2008-1560 de fecha 12 de agosto de 2008).

3. La limitación de obligaciones del predisponente. Es seguramente, el caso típico de Cláusula abusiva y comprende todos aquellos supuestos en que exonera al predisponente la responsabilidad por incumplimiento o por cumplimiento defectuoso, de cualquiera de sus obligaciones. Comprende asimismo, la exclusión de daños determinados que sean consecuencia del incumplimiento o del cumplimiento defectuoso. Lo es finalmente, la consideración, a efectos de la responsabilidad del predisponente, como casos fortuitos, de circunstancias que no merezcan esta clasificación. Al mismo género, pertenecen las cláusulas que exoneran de responsabilidad al predisponente por los hechos determinantes de incumplimiento o cumplimiento defectuoso, que sean debidos a la acción de terceras personas de quienes el predisponente se haya servido como mandatarios auxiliares en el cumplimiento. Dentro de este tipo de cláusula abusiva puede citar esta Corte el caso de un estacionamiento que pretendía limitar su responsabilidad en la guarda y custodia de un vehículo, alegando además que el usuario no logró demostrar dicho vehículo fue recibido en buen estado. Dicha cláusula fue anulada por esta Corte, obligando al estacionamiento a asumir su responsabilidad de guarda. (Vid. Sentencia de esta Corte Número 2009-2182 de fecha 14 de diciembre de 2009).

4. La imposición a los adherentes de obligaciones o de cargas que resulten exorbitantes o desproporcionadas. Por ejemplo, incorporarles una indemnización por incumplimiento desproporcionadamente alta, establecer cargas para el ejercicio de sus derechos, carentes de función real y con la finalidad de obstaculización o imponer plazos para el ejercicio de la reclamación que resulten excesivamente rápidos.

Ahora bien, en el presente caso tenemos que en el contrato familiar de servicios de asistencia médica, en la Cláusula Cuarta, establece un catálogo de exclusiones o limitaciones contractuales. En tal sentido resulta oportuno traer a colación la referida Cláusula así como la Cláusula Primera del referido contrato las cuales son del siguiente tenor:

● ● ●

.....
**TEMA: PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD COMO
CAUSA DE EXCLUSIÓN DE LA PÓLIZA**

Máxima: se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas.

Máxima: el hecho de que las enfermedades o padecimientos no sean conocidos ni declarados por el contratante, constituye una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos.

Máxima: la enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato pero manifestarse con posterioridad; en tal sentido, se reitera, al momento de la celebración del contrato, las compañías de medicina prepagada deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufran los usuarios y que por ser preexistentes no serán amparadas, por lo que incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el usuario, y en caso de la omisión por desconocimiento o ignorancia, no podrán alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato.

Máxima: cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá pro-

barlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente.

Máxima: cuando las empresas aleguen la preexistencia como causa de exclusión de su responsabilidad deben tomar en cuenta, en primer término, que ésta es distinta a los plazos de espera; en segundo lugar, debe quedar demostrado que efectivamente se trata de un supuesto de preexistencia, y no una simple suposición o estadística y; en tercer lugar, como consecuencia de lo anterior, las empresas de seguros deben probar que efectivamente el siniestro rechazado es de los que se enmarca en el supuesto de preexistencia a que se refiere la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad.

EXTRACTO:

De las cláusulas transcritas se observa, en primer lugar que el ente asegurador ha catalogado como enfermedades preexistentes “preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas,” señalando además un anexo que forma parte integrante del contrato, en el cual se incluye la preexistencia y demás exclusiones (enfermedades), de cada usuario en particular.

Ahora bien, de la revisión exhaustiva del contrato objeto de estudio no se observó el anexo al cual hace referencia la cláusula 1.3 del Contrato Colectivo de Servicios de Asistencia Médica, identificado con el N° 50-15-13906, en el cual presuntamente se especifican las enfermedades preexistentes y demás exclusiones que afectan a los usuarios y beneficiarios del citado contrato.

En tal sentido, esta Corte advierte, que el hecho de que las enfermedades o padecimientos no sean ni conocidos ni declarados por el contratante, constituye una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, pues a juicio de quien decide, su contenido favorece especialmente a la empresa, contraviniendo “el trato equitativo y digno y el debido respeto a los principios de justicia, orden público y buena fe” que debe privar en todo contrato.

En efecto, siguiendo la lectura de las cláusulas citadas, y la amplitud referida a que se “(...) pueda diagnosticar (...) sobre bases científicas sólidas” las enfermedades o padecimientos preexistentes, cabe preguntarse con qué tipo de atención podría contar un afiliado en el transcurso de la vigencia del contrato, si prácticamente cualquiera que contrate el servicio de medicina prepagada desconociendo el padecimiento de una enfermedad pueda verse desamparado de los servicios que ya habría pagado como consecuencia de una comprobación posterior a la contratación del servicio, a criterio de esta Corte virtualmente, ninguna (con excepción del supuesto de consultas, atención por accidentes, compra de medicamentos y análisis de laboratorio).

Ello por cuanto, la enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato pero manifestarse con posterioridad, en tal sentido, se reitera, al momento de la celebración del contrato, las compañías de medicina prepagada deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufran los usuarios y que por ser preexistentes no serán amparadas, por lo que incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el usuario, y en caso de la omisión por desconocimiento o ignorancia, no podrán alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato. Lo anterior implica, que cualquier enfermedad o procedimiento médico que no se encuentre expresamente excluido de la cobertura del contrato

deberá ser asumido íntegramente por el prestador de servicios de medicina prepagada, en consecuencia, el rechazo a prestar los servicios al usuario sin más justificación legal que los derechos inherentes a la empresa puede provocar una violación al derecho fundamental a la salud, a la vida, al libre desarrollo de la personalidad y podría llegar a impedir el deber constitucional y legal que tiene toda persona de procurar el cuidado de su salud. Así se decide.

En atención a ello, el artículo 116 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro vigente para la época el cual define por preexistencia lo siguiente:

Artículo 116. Se entiende por preexistencia toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado un contrato de seguros de hospitalización, cirugía y maternidad y que sea conocida por el tomador, asegurado o el beneficiario. Salvo pacto en contrario los contratos de seguros no cubren las enfermedades preexistentes.

Cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente.

Conforme la normativa señalada, a criterio de esta Corte el concepto de enfermedad preexistente señalado por la sociedad mercantil recurrente deberá ser interpretado de la siguiente manera: aquella enfermedad padecida por el asegurado anteriormente al momento que se contrata el seguro y que fuera conocida o no por el asegurado (o el tutor, en casos de menores de edad), pero que en todo caso deberá ser diagnosticada con anterioridad a la suscripción del mismo, bien sea mediante los exámenes realizados por las compañías aseguradoras o por la declaración que a tal efecto haga el asegurado, lo cual en ambos casos quedará predeterminado

en forma individual y para cada caso en particular en la correspondiente póliza de seguro, a los fines de que el asegurado tenga pleno conocimiento de las exclusiones a los cuales se encuentra sometido.

Por otra parte, resulta necesario traer nuevamente a colación lo señalado por esta Corte mediante sentencia N° 2008-2368 de fecha 17 de diciembre de 2008, caso: Dominga Trotti De Vázquez contra la sociedad mercantil Seguros Horizonte, C.A., en cuanto a la comprobación de las enfermedades preexistentes, en la cual se dispuso lo siguiente:

“Ahora bien, en cuanto a la comprobación de estas enfermedades en la contratación de las pólizas de seguro, la Superintendencia de Seguros de la República Bolivariana de Venezuela mediante el dictamen titulado “La Prueba de la Preexistencia y su diferencia con los Lapsos de Espera”, ha señalado lo siguiente:

‘En cambio, cuando se está en los casos de preexistencia, el asegurador para poder verse librado de su obligación de indemnizar, deberá comprobar y demostrar que las causas del siniestro (enfermedad por ejemplo), existen con anterioridad al siniestro o ellas son congénitas. Para ello no basta con las estadísticas que al efecto establezcan revistas médicas o criterios médicos, sino que por el contrario deberán ir a los hechos, tanto a los exámenes médicos practicados con anterioridad a la contratación de la póliza, como a los efectuados al momento en que se diagnostica la misma (ocurrencia del siniestro); también deberán ser analizados los informes levantados por los médicos tratantes e incluso los informes de los médicos que a tal efecto contratan las empresas, pero éstos no pueden basarse en suposiciones (como ocurre en el presente caso) o en estadísticas (como ocurre en tantos otros), porque en el primero de esos casos esas suposiciones pueden ser fácilmente desvirtuadas con pruebas contundentes, y en el caso de estadísticas el asegurado podrá estar dentro del porcentaje que si está cubierto por la póliza, es decir, que la empresa aseguradora deberá tener una prueba en su poder que permita determinar eficazmente que el siniestro es realmente preexistente.

En síntesis, cuando las empresas aleguen la preexistencia como causa de exclusión de su responsabilidad deben tomar en cuenta en primer término, que ésta es distinta a los plazos de espera; en segundo lugar, debe quedar demostrado que efectivamente se trata de un supuesto de preexistencia, y no una simple suposición o estadística, y en tercer lugar, como consecuencia de lo anterior, las empresas de seguros deben probar que efectivamente el siniestro rechazados es de los que se enmarca en el supuesto de preexistencia a que se refiere la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad.' (Ver. www.sudese.gov.ve/dict_1998_1.php) (Resaltado de esta Corte).



De ahí es criterio de esta Corte la interpretación restrictiva que se le debe dar a estas cláusulas, visto que el alcance de las mismas no deben determinarse en forma tal que perjudiquen a la parte que no la predispuso, de tal manera que recaer sobre la empresa aseguradora -por ser esta última la que está en mejores condiciones técnicas que el paciente- investigar y determinar la 'pre-existencia' de una enfermedad, a través de los exámenes médicos, chequeos y demás análisis que estime pertinente, siendo impropio la liberación de tal responsabilidad amparándose en cláusulas limitativas de responsabilidad entre las cuales merece la pena mencionar aquellas con definiciones genéricas, cláusulas en las que la compañía se reserva la demostración de la preexistencia de enfermedad o que la misma es congénita, cláusulas en las cuales la empresa se irroga la potestad de excluir cualquier enfermedad que considere preexistente o congénita, cláusulas en las que se excluye al asegurado por enfermedades no conocidas por éste, ni médicamente diagnosticadas."



Sobre el tema, la Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, ha dictaminado sobre el tema lo siguiente:



..... •
**TEMA: PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD COMO
CAUSA DE EXCLUSIÓN DE LA PÓLIZA**

Máxima: correspondería a la empresa cargar con la prueba de que el asociado conocía su afección y que la ocultó dolosamente. No todo ocultamiento puede ser considerado como doloso ya que puede ocurrir que éste se deba a la carencia de conocimientos médicos de una persona profana en esa materia. No puede exigirse al hombre común que relacione el malestar que lo aqueja o aquejó en algún momento con los síntomas y signos propios de alguna enfermedad. Distinto es el caso cuando las particulares circunstancias de la afección hacen que sea imposible su desconocimiento por parte del paciente. Cuando uno de los litigantes se encuentra en una posición dominante en relación con el material probatorio su deber procesal de colaboración se acentúa al punto de atribuírsele una carga probatorias más rigurosa que a su contraparte.

Máxima: las compañías aseguradoras que pretendan alegar la existencia de una enfermedad preexistente como causa de exclusión en las pólizas de seguro o someter al asegurado a plazos de espera para el goce de las coberturas establecidas en las mismas, deberán comprobar con anterioridad a la contratación la situación física del asegurado, dejar predeterminado en la correspondiente póliza las enfermedades diagnosticadas o declaradas por el mismo, y además demostrar al momento de la ocurrencia del siniestro la relación de causalidad directa entre éste y la enfermedad preexistente diagnosticada y contenida en el contrato.

Máxima: resulta abusiva aquella cláusula que englobe como preexistente una universalidad de enfermedades no diagnosticadas ni declaradas al momento de la suscripción del contrato de seguro como lo hizo la aseguradora, más aún cuando el asegurado no tiene conocimiento alguno de tales enfermedades y la compañía aseguradora no realizó los exámenes médicos pertinentes, para diagnosticar previamente a la suscripción del contrato cuáles enfermedades preexistentes padecía el usuario o sus beneficiarios.

EXTRACTO:

Para juzgar como falsa o inexacta la declaración del denunciante, hubiera sido exigible la presencia de un profesional para facilitar el entendimiento del cuestionario de la solicitud en el momento de contestar las diferentes patologías detalladas. Correspondería a la empresa cargar con la prueba de que el asociado conocía su afección y que la ocultó dolosamente. No todo ocultamiento puede ser considerado como doloso ya que puede ocurrir que éste se deba a la carencia de conocimientos médicos de una persona profana en esa materia. No puede exigirse al hombre común que relacione el malestar que lo aqueja o aquejó en algún momento con los síntomas y signos propios de alguna enfermedad. Distinto es el caso cuando las particulares circunstancias de la afección hacen que sea imposible su desconocimiento por parte del paciente. Cuando uno de los litigantes se encuentra en una posición dominante en relación con el material probatorio su deber procesal de colaboración se acentúa al punto de atribuírsele una carga probatorias más rigurosa que a su contraparte.

Es irrazonable pretender el ejercicio de la cláusula del contrato que prevé la baja por ocultamiento de información habiendo sido admitido ya como afiliado. La falta de detección de la patología que padecía el consumidor solo (sic) resulta imputable a la apelante, ya que es quien disponía de los medios para obtener un diagnostico certero respecto del estado de salud

del consumidor. No se trata de consagrar la obligación legal de realizar un examen riguroso para todos los eventuales interesados en ingresar al plan de salud, sino de evitar que la falta de diligencia y previsión de la empresa de medicina pre-paga derive en un perjuicio para el particular, a quien no le era exigible denunciar una patología que no sabía (ni podía saber con seguridad) que padecía.” (Fallo: W.A.N.c/ Qualitas Medica S.A.s/daños y perjuicios) (Subrayado y negrillas de esta Corte).

Conforme el criterio precedentemente citado, a juicio de esta Corte las compañías aseguradoras que pretendan alegar la existencia de una enfermedad preexistente como causa de exclusión en las pólizas de seguro o someter al asegurado a plazos de espera para el goce de las coberturas establecidas en las mismas, deberán comprobar con anterioridad a la contratación la situación física del asegurado, dejar predeterminado en la correspondiente póliza las enfermedades diagnosticadas o declaradas por el mismo, y además demostrar al momento de la ocurrencia del siniestro la relación de causalidad directa entre éste y la enfermedad preexistente diagnosticada y contenida en el contrato.

Así pues, entre la enfermedad que le ha sido diagnosticada al asegurado antes del contrato de seguro y el siniestro alegado por la aseguradora como causa de exclusión o restricción de las coberturas señaladas en las pólizas de seguros, tendrá que existir una relación directa de causalidad en la cual se demuestre que la enfermedad preexistente fue la que provocó el siniestro padecido por el asegurado.

Tal argumentación tiene su razón de ser en que las compañías aseguradoras no pueden pretender aducir el padecimiento de una enfermedad preexistente como causa genérica para excluir los siniestros que hayan sufridos los asegurados dentro de los plazos de espera establecidos, y por ende el pago de las indemnizaciones debidamente estipulados en el contrato de seguro.

En tal sentido, a juicio de este Órgano Jurisdiccional resulta abusiva aque-

lla cláusula que englobe como preexistente una universalidad de enfermedades no diagnosticadas ni declaradas al momento de la suscripción del contrato de seguro como lo hizo la aseguradora, más aún cuando el asegurado no tiene conocimiento alguno de tales enfermedades y la compañía aseguradora no realizó los exámenes médicos pertinentes, para diagnosticar previamente a la suscripción del contrato cuáles enfermedades preexistentes padecía el usuario o sus beneficiarios.

En este orden, el artículo 9 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro prevé lo siguiente:

Artículo 9. Los contratos de seguros no podrán contener cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los aseguradores o los beneficiarios. Los contratos de seguros se redactaran en forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas que contengan la cobertura básica y las exclusiones.

Por su parte, la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, señala respecto a la validez de este tipo de cláusulas lo siguiente:

“Artículo 21. No producirán efecto alguno las cláusulas o estipulaciones en los contratos de adhesión que:

3ª. Hagan responsable al consumidor o al usuario por deficiencias, omisiones o errores del proveedor;” (Resaltado de esta Corte).

Así pues, con base en los principios constitucionales y legales que rigen nuestro ordenamiento jurídico, esta Corte considera que si bien el asegurado se encuentra en la obligación de declarar con sinceridad aquellas circunstancias para apreciar la extensión de los riesgos en el contrato de seguro, las empresas aseguradoras que aleguen una enfermedad preexistente, deberán probar tal circunstancia de manera clara, precisa y detallada con anterioridad a la contratación de la póliza.

.....
**TEMA: CLÁUSULAS ABUSIVAS Y LA NULIDAD DEL
CONTRATO POR PREEXISTENCIA DE ENFERMEDADES**

Máxima: la sanción de cláusulas abusivas es la nulidad de carácter parcial, que deja eficaz el resto del contrato; no obstante, es conveniente acotar que en aquellos casos en que el contrato no pueda subsistir sin las cláusulas abusivas, se admite con carácter excepcional su nulidad, así como también, cuando la nulidad conduzca a una inversión de la situación y haga gravemente onerosa la situación del predisponente.

Máxima: una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, debe ser interpretada en el sentido de que esa preexistencia será considerada como tal, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación o la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno.

Máxima: los contratos de seguros, incluyendo los de medicina prepagada, giran en torno a la figura del riesgo, y este es visto como el objeto del contrato de seguros, que al estructurarse como una fórmula empírica y científica, comprende una transferencia a otra persona –asegurador– de hechos de posible o probable ocurrencia, alea o una expectativa, y en función de ello el pago de una prima que justifica la existencia del mismo. En ese sentido, trasladar el riesgo a otro sujeto imprime sobre el asegurado una confianza, por cuanto, al verificarse el siniestro –imagen anticipada del riesgo– será el asegurador quien asumirá la prestación correspondiente. (Vid. Sentencia Cit. 0708).

EXTRACTO:

En tal sentido, se observa que el legislador patrio ha articulado el principio de protección a los consumidores como garantía ante posibles abusos por parte de las compañías, de modo que las condiciones claramente lesivas para el consumidor no son válidas aunque hayan sido firmadas.

Conforme a lo expuesto, “la sanción de cláusulas abusivas es la nulidad de carácter parcial, que deja eficaz el resto del contrato”, no obstante, es conveniente acotar que en aquellos casos en que el contrato no pueda subsistir sin las cláusulas abusivas se admite con carácter excepcional su nulidad, así como también, cuando la nulidad conduzca a una inversión de la situación y haga gravemente onerosa la situación del predisponente”. (Vid. Luis Díez-Picazo y Ponce de León. *Las Condiciones Generales de la Contratación y Cláusulas Abusivas*. Editorial Civitas. Pág. 43).

Con fundamento en las consideraciones expuestas, estima la Corte que al establecer el mencionado Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, debe ser interpretada en el sentido de que esa preexistencia será considerada como tal, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación o la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno y en consecuencia, esta Corte advierte que son nulas, por abusivas, de conformidad con lo previsto en el artículo 21 y el artículo 8 de la Ley de Protección al Consumidor y Usuario, aplicables *rationi temporis* al caso de marras, las precisiones de la empresa contratante señaladas a lo largo de la Cláusula Cuarta, numeral 1 Aparte 1.3 del contrato. Así se declara.

En atención a los criterios aludidos, esta Corte ha señalado mediante sentencia N° 2008-2368 de fecha 17 de diciembre de 2008, caso: Dominga

Trotti De Vásquez contra la sociedad mercantil Seguros Horizonte, C.A., los requisitos indispensables para que las compañías aseguradoras puedan alegar la preexistencia como causa excluyente de la obligación de indemnizar, los cuales son los siguientes:

I) Deberán establecer con anterioridad a la suscripción de la póliza las enfermedades preexistentes o que las mismas son congénitas, a través de la realización de los exámenes médicos pertinentes o la declaración que haga el tomador de la póliza; todo lo cual deberá quedar determinado en el correspondiente contrato de seguro, siendo las enfermedades previstas en el contrato las únicas que podrán ser excluidas de la cobertura de la póliza.

II) Deberá existir una relación de causalidad directa entre la enfermedad preexistente diagnosticada y el siniestro sufrido por el asegurado.

III) Sólo se dará lugar a la liberación del asegurador por la declaración u omisión de mala fe del tomador del seguro al momento de suscribir el contrato de seguro, siempre que esa declaración u omisión se deba a dolo o culpa grave del asegurado o beneficiario; la prueba de estos elementos corresponde en todos los casos al asegurador.

Conforme a lo expuesto, corresponde a esta Corte determinar dos aspectos fundamentales en el caso objeto de estudio, a saber: A) si el ciudadano José Carlos Hernández estaba en conocimiento del padecimiento al momento de la suscripción del referido contrato de seguros. (Vid. Sentencia de esta Corte Número 2009-1228 de fecha 13 de julio de 2009, proferida por esta Corte en el caso: Sanitas Venezuela S.A., contra Consejo Directivo del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario INDECU), y B) si el padecimiento o enfermedad del referido ciudadano fue comprobada como preexistente con anterioridad a la fecha en que fue celebrado el contrato de seguro de hospitalización, cirugía y maternidad con la sociedad mercantil Sanitas Venezuela S.A., a tal efecto debe señalarse lo siguiente:

A) Es evidente que cuando el asegurado, faltando a la buena fe contractual, incumple su obligación de declarar si padece o no una determinada enfermedad cuando suscribe un contrato de seguro médico, tal proceder sí se califica de doloso o de culpa grave, teniendo en cuenta que tal omisión pueda causar un perjuicio tal a la compañía aseguradora, puede ésta quedar liberada de responsabilidad toda vez que de haber conocido dicha enfermedad, no habría contratado con el afiliado.

En tal sentido, visto la existencia de patologías de difícil demostración práctica, debe el asegurado suministrar toda la información solicitada por la aseguradora acerca de su estado de salud, a los fines de que pueda evaluar debidamente el riesgo que asume al contratar, así como fijar la prima a pagar y la cobertura de la póliza.

No obstante lo expuesto, esta Corte consciente de la posible carencia de conocimientos médicos de una persona que pretende suscribir un contrato de seguro médico, considera exigible la presencia de un profesional para facilitar el entendimiento de la preguntas formuladas por las aseguradoras en el momento de contestar las diferentes patologías detalladas en las pólizas de seguros.

Igualmente, constituye de gran relevancia a los fines de determinar la existencia de dolo o culpa grave, la persona que rellena la declaración de salud, esto es sí fue el propio asegurado o un mediador de la compañía aseguradora, toda vez que no habrá lugar a la existencia de los mismos cuando el asegurado se limitó a firmar un cuestionario relleno por un corredor de seguro.



Los contratos de seguros, incluyendo los de medicina prepagada, giran en torno a la figura del riesgo, y éste es visto como el objeto del contrato de seguros, que al estructurarse como una fórmula empírica y científica, comprende una transferencia a otra persona –asegurador– de hechos de

posible o probable ocurrencia, alea o una expectativa, y en función de ello el pago de una prima que justifica la existencia del mismo. En ese sentido, trasladar el riesgo a otro sujeto imprime sobre el asegurado una confianza, por cuanto, al verificarse el siniestro –imagen anticipada del riesgo- será el asegurador quien asumirá la prestación correspondiente. (Vid. Sentencia Cit. 0708).

Ello así, el perfeccionamiento de esta clase de contratos se desarrolla de cara a la autonomía de la voluntad y el concierto de voluntades de ambas partes, empero, al tratarse de una contrato de adhesión (para mayor abundamiento véase sentencia de esta Corte ut supra citada 2009-1675), los riesgos han sido previamente definidos y dispuestos por el predisponente (SANITAS) y por tal motivo, el usuario deberá aceptar sin objeción su delimitación constitutiva.

La propagación de contratación en masa o la estipulación cada vez más común de condiciones generales de contratación, como hecho social ínsito a un modelo económico liberal, supone –en principio- ciertas ventajas para los vendedores o prestadores de servicios, por cuanto a partir de formulas estereotipadas e impuestas, se promueve a la rapidez en cuanto a la circulación de bienes y a la racionalización de las explotaciones, empero, tal y como formula correctamente De Castro ¿tales ventajas han de pagarse a costa de los clientes? (Vid. Ob. Cit. De Castro y Bravo, Federico, pp. 17 y ss.) evidentemente, la respuesta debe ser negativa. En el caso en particular, las cláusulas de exclusión consagradas en el Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica, responden a un ambiente normativo propio de la técnica legislativa, cuyo tamiz se evidencia de su carácter general y abstracto, tal situación, inciden en la interpretación del contrato, por cuanto, SANITAS ostentará el poder de definir a motu proprio si decide prestar o no el servicio en razón de detectar a posteriori el padecimiento –presunto- de una enfermedad preexistente.

¿Qué implica ello? que el contrato de seguros deje de erigirse sobre los pilares básicos del riesgo –probabilidad y posibilidad de la realización de

un evento dañoso- para sustentarse en un riesgo de otra entidad, ostensiblemente más intangible, efímera e imaginaria, supuesto sobre el desiderátum del predisponente y sobre la generalidad que reviste una cláusula de exclusión. Vale decir, la indemnización del siniestro dependerá de manera exclusiva por parte de la aseguradora. Lo que en un primer momento equivalía a un contrato de seguros pasa a constituir un contrato inseguro.

La economía de mercado propio del régimen del capitalismo moderno lleva a desplazar el contrato individual, evitando el regateo y la discusión parsimoniosa de los antiguos mercados. (Vid. Ob. Cit. De Castro y Bravo, Federico, pp. 17 y ss.). La empresa de seguros optan por establecer contratos ambiguos e inteligibles que impidan la comprensión del universo de usuarios de forma de que los primeros con fundamento en las reglas de una autonomía de la voluntad y de una igualdad incorrectamente entendida, puedan regular, interpretar y disponer libremente de las condiciones confusa, ambigua y abstractamente redactados del contrato.

Sobre la base de las consideraciones que anteceden, y visto que no consta acreditado en autos que la enfermedad o padecimiento que afectaba al ciudadano José Carlos Hernández Clemente hubiese sido diagnosticada como con anterioridad a la suscripción del “CONTRATO FAMILIAR DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA”, identificado con el N° 50-15-13906, esta Corte desestima el alegato formulado por la demandada en cuanto a la preexistencia del “proceso flebítico que evolucionó, presentando complicaciones locales; inicialmente Varicorragia la cual progresó a proceso de Ulceración en aspecto medial de pierna izquierda”, del referido ciudadano al momento de suscribir el citado contrato de seguros. Así se decide.

Vale precisar, que la Cláusula Cuarta del “CONTRATO FAMILIAR DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA”, en virtud de su carencia de precisión, y de una abstracción que la hace altamente arbitraria para establecer situaciones como excluidas por parte de SANITAS, y por tal motivo, pretender trasladar a la Administración la demostración y comprobación que el supuesto de exclusión previsto en el contrato no es subsumible dentro de

la afección que sufre el usuario, resulta a todas luces, una labor errada, y que en principio, y a los fines de proteger la confianza y expectativa del usuario deben expresarse explícitamente en el contrato, y en todo caso, corresponde al prestador de servicios demostrar que determinada situación de hecho es excluida del contrato al no formar parte del riesgo, al estar prevista de manera clara, detallada y explícita en el mismo, y sumado a ello, es éste quien tiene la disponibilidad de los medios e instrumentos probatorios para establecerlos.

Claro está, que a la Administración no le correspondía demostrar la operatividad de determinada cláusula así como tampoco situaciones excluidas de cobertura, y más aun, cuando la cláusula de exclusión carece de precisión y resulta ininteligible.

Resulta oportuno destacar, que la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario estipula en su artículo 15, aplicable *ratione temporis* al caso de autos que:

“Se prohíbe todo acto o conducta por parte de los proveedores de bienes y prestadores de servicios que tengan por objeto o efecto la imposición de condiciones abusivas en relación con los consumidores y usuarios, y en particular las siguientes:

(...Omissis...)

2. La negativa injustificada de satisfacer la demanda de los consumidores y usuarios”.

De lo anterior, se observa que el precitado artículo 15 establece una obligación negativa que prohíbe a todo proveedor de bienes y servicios, imponer condiciones abusivas, que establezcan desigualdades y desequilibrios de facto diferentes de los que ya pudiere precisar la relación jurídica, en ese sentido, la violación de los términos, plazos, condiciones, modalidades, garantías, reservas o circunstancias, ofrecidas o convenidas con el consumidor o el usuario, constituyen violaciones al artículo 117 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Del análisis de las actas procesales, aprecia esta Corte que la conducta de la recurrente se subsume dentro de la prohibición N° 2 establecida en el artículo 15 *eiusdem*, dado que la sociedad mercantil aseguradora –tal y como lo manifiesta en el recurso contencioso administrativo de nulidad– no asumió el tratamiento quirúrgico recomendado por el médico tratante del ciudadano José Carlos Hernández Clemente, fundado en una supuesta cláusula de exclusión.

En tal sentido, el artículo 114 de la Ley del Contrato de Seguros establece que:

“Los seguros de hospitalización, cirugía y maternidad podrán cubrir todos o sólo algunos de los gastos enunciados. Dichos seguros se obligan a indemnizar al asegurado los gastos en que éste incurra con motivo de la asistencia médica. La empresa podrá indemnizar mediante el reembolso de los gastos en que el asegurado hubiera incurrido o mediante la prestación del servicio de salud que éste requiera a través de un profesional de la medicina o de un centro médico asistencial”.

Es decir, como marco general, al momento que se genere el siniestro -relacionado con la prestación del servicio de salud- cubierto por la póliza o contrato, la empresa aseguradora deberá cubrir todos los gastos, o en su defecto, indemnizar los gastos en los cuales haya incurrido el asegurado. De manera, que la sociedad mercantil aseguradora aplicó una cláusula de exclusión ambigua y abstracta de exclusión sin comprobar la preexistencia de la enfermedad, a todo evento, y ante la duda o incertidumbre de la misma, SANITAS debió asumir la obligación y prestar el servicio requerido. En atención a lo anterior, debe señalarse que la negativa a la autorización del tratamiento quirúrgico recomendado al ciudadano José Carlos Hernández Clemente por parte de la sociedad mercantil aseguradora, configuró una actuación irresponsable, e ilícita, por no respetar los preceptos de solidaridad constitucionalmente establecidos y el deber de cumplimiento

de sus obligaciones consagrados en la Ley de manera arbitraria, amparado en una injustificada cláusula de exclusión.

Por tal motivo, entiende esta Corte, que no se ha violentado el principio de presunción de inocencia, por cuanto, tal y como fuera observado, quedó en evidencia que SANITAS estaba obligada a brindarle asistencia médica al ciudadano José Carlos Hernández Clemente, al generar un expectativa de servicio que resultó impedida en virtud de una Cláusula de exclusión ambigua que anuló el riesgo, y por tanto, sí se encuentran llenos los extremos de artículo 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario; asimismo, no correspondía a la Administración comprobar el estado de salud del denunciante por el contrario, era tarea y carga de SANITAS probar y demostrar que la enfermedad del usuario era preexistente y de esta manera poder aplicar la exclusión contenida en el contrato suscrito por las partes.

De esta forma, se desprende fehacientemente que la actividad probatoria ejercida por la representación judicial de SANITAS durante el transcurso del procedimiento administrativo no logró demostrar la preexistencia de la condición médica del ciudadano José Carlos Hernández Clemente, para poder excluir al mismo de la cobertura de la póliza contratada, siendo evidente que los instrumentos promovidos fueron plenamente valorados por la Administración al momento de dictar el acto administrativo impugnado, lo cual no generó una violación del derecho a la defensa, por el hecho de que no hayan sido apreciadas como exigía la recurrente. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01195.

FECHA: 05 de octubre de 2011.

PARTES: Multinacional de Seguros contra el Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas.

.....
**TEMA: PRESUPUESTO PRESENTADO PARA INTERVENCIÓN
FUTURA Y LA OBLIGACIÓN DE RESPUESTA MOTIVADA**

Máxima: la empresa de seguro al no dar respuesta por escrito a la asegurada donde indicara de manera motivada las razones de hecho y de derecho por las cuales negaba el otorgamiento de la carta aval, eludió la obligación establecida en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, en virtud que es conveniente tanto para la propia empresa como para el asegurado que las causas de la negativa a su otorgamiento sean notificadas y debidamente explicadas, dando así oportunidad a los asegurados para ejercer una defensa adecuada.

Máxima: las empresas de seguros están en la obligación de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza y de pagar la indemnización correspondiente o rechazarla mediante escrito motivado en el lapso legalmente establecido.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala Político-Administrativa emitir pronunciamiento con relación al recurso de nulidad ejercido por la sociedad mercantil Multinacional de Seguros, C.A., contra la Resolución N° 2171 de fecha 20 de octubre de 2008, dictada por el entonces Ministerio del Poder Popular para Economía y Finanzas, ahora Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas, a través de la cual se declaró sin lugar el recurso jerárquico ejercido contra la decisión de la Superintendencia de Seguros -actual Superintendencia de la Actividad Aseguradora-, que le impuso sanción de multa por haber incurrido supuestamente en elusión, conforme a lo previsto en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, aplicable *ratione temporis*, para lo cual observa:

Alega la empresa recurrente que el acto administrativo impugnado adolece del vicio de falso supuesto de derecho, por cuanto el Ministro del Poder Popular para Economía y Finanzas “fundamentó su decisión en una norma errónea, toda vez que ratifica la decisión de la Superintendencia de Seguros, que decidió sancionar con multa a [su] representada por haber incurrido en el supuesto de elusión previsto en el artículo 175 [de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros]. (...)”.

Que el Ministerio del Poder Popular para Economía y Finanzas incurrió en un grave error de interpretación de la sentencia N° 775 dictada por esta Sala el 23 de mayo de 2007, por cuanto “no puede decirse que es indiscutible que la negativa de acordar la carta aval deba ser por escrito, lo que señala que deba realizarse por escrito (...), ya que la referida sentencia sólo establece que en caso de negar el otorgamiento de una carta aval, la empresa aseguradora deberá señalar claramente los motivos de tal decisión, es decir, no establece que esos motivos deban ser por escrito. En consecuencia, mal puede el Ministerio del Poder Popular para las Finanzas indicar que es indiscutible que los motivos por los cuales se niega una carta aval deban indicarse en forma escrita, incurriendo de esa manera en una errónea interpretación del texto de la sentencia”.

Con relación al vicio de falso supuesto de derecho, debe precisarse que conforme lo ha expresado reiteradamente esta Sala, dicho vicio se manifiesta cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al dictar el acto los subsume en una norma errónea o inexistente en el universo normativo para fundamentar su decisión.

En el presente caso, del contenido de la Resolución recurrida se evidencia que el Ministro del Poder Popular para Economía y Finanzas declaró sin lugar el recurso jerárquico ejercido por la recurrente contra la providencia administrativa N° FSS-2-2-000782 del 13 de marzo de 2008, bajo el fundamento de que “queda claro que MULTINACIONAL DE SEGUROS, C.A. al no dar respuesta por escrito a la asegurada donde indicara de manera

motivada las razones de hecho y de derecho por las cuales negaba el otorgamiento de la carta aval, eludió la obligación establecida en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, ya que en criterio de esta Alzada, es conveniente tanto para la propia empresa como para el asegurado que las causas de la negativa a su otorgamiento sean notificadas y debidamente explicadas, dando así oportunidad a los asegurados para ejercer una defensa adecuada”. (Resaltado de la cita).

Ahora bien, el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros (publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 4.882 Extraordinario del 23 de diciembre de 1994, aplicable *ratione temporis*, hoy Ley de la Actividad Aseguradora publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010), señala lo siguiente:

“Artículo 175. Las empresas de seguros que sin causa justificada, a juicio del Superintendente de Seguros, eludan o retarden el cumplimiento de sus obligaciones frente a sus contratantes, asegurados o beneficiarios, serán sancionados de acuerdo con la gravedad de la falta, con multa comprendida entre cien mil bolívares (Bs. 100.000,00) y el equivalente en bolívares a quinientos (500) salarios mínimo urbano; sin perjuicio de que le sea suspendida temporalmente la licencia o revocada la autorización para actuar en el ramo donde ocurra la demora.

(...)

Parágrafo Segundo: Las empresas de seguros dispondrán de un plazo máximo de treinta (30) días hábiles para pagar los siniestros cubiertos, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro. La Superintendencia de Seguros podrá autorizar, mediante Resolución motivada y por vía de excepción, pactos en contrario al plazo indicado, en los casos de pólizas que por sus particulares características a su juicio así lo requieran.

(...)

Parágrafo Cuarto. Las empresas de seguros no podrán rechazar los siniestros con argumentos genéricos estando obligadas a notificar por escrito dentro del plazo indicado, a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas los motivos que aleguen para considerar un siniestro como no cubierto”. (Resaltado de la Sala).

Respecto a la interpretación del referido artículo, esta Sala ha dispuesto en anteriores oportunidades (ver, entre otras, sentencias números 3.683 del 2 de junio de 2005, 890 del 17 de junio de 2009 y 378 del 5 de mayo de 2010) lo siguiente:

“...puede colegirse que el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros de 1994, prevé tres tipos sancionatorios distintos, configurados por: 1. La elusión de las obligaciones a cargo de la aseguradora frente a los contratantes, asegurados o beneficiarios, como por ejemplo la de pagar las coberturas previstas en los contratos de seguros ante la ocurrencia del riesgo previsto, o la de notificar motivadamente su negativa de pago de dichas coberturas; 2. El retardo en el cumplimiento de las referidas obligaciones; y 3. El rechazo de los siniestros reclamados mediante argumentos genéricos.

Así, la falta de pago o la ausencia de respuesta ante la solicitud de cancelación de las coberturas previstas en una determinada póliza, se subsumiría en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas a cargo de la aseguradora, pues implicaría el incumplimiento del deber de notificar por escrito o de pagar las indemnizaciones debidas; en tanto que, la respuesta o el pago fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro, se subsumiría en el supuesto de retardo sancionado por la norma y, por último, la emisión

de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo parágrafo cuarto del artículo en comento”.(Negrillas de la Sala).

Asimismo, cabe destacar que lo establecido en el citado artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros ha sido reforzado con lo consagrado en el artículo 21 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro (publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.553 Extraordinario de fecha 12 de noviembre de 2001), cuyo contenido es el siguiente:

“Artículo 21. Son obligaciones de las empresas de seguros:

1. Informar al tomador, mediante la entrega de la póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, cualquier duda que éste le formule.
2. Pagar la suma asegurada o la indemnización que corresponde en caso de siniestro en los plazos establecidos en este Decreto Ley o rechazar, mediante escrito debidamente motivado, la cobertura del siniestro”.

De acuerdo a lo previsto en el citado artículo del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, las empresas de seguros están en la obligación de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza y de pagar la indemnización correspondiente o rechazarla mediante escrito motivado en el lapso legalmente establecido.

Ahora bien, en el caso concreto se constata -conforme a lo alegado por la propia actora-, que la ciudadana Glenda Pérez, ya identificada, a través del Colegio de Ingenieros de Venezuela, suscribió con la empresa recurrente, Multinacional de Seguros, C.A., una póliza de seguro de hospitalización, cirugía y maternidad.

Que en fecha 29 de junio de 2005, la mencionada ciudadana consignó en la sede de la empresa recurrente un presupuesto mediante el cual se especificaba el monto de la intervención quirúrgica a la que debía someterse su sobrino como beneficiario de la póliza antes referida.

En razón de lo expuesto, el 19 de julio de 2005, la titular de la póliza le solicitó a la empresa accionante, emitiera una carta aval, la cual fue negada “en virtud de que en la póliza (...) sólo se establece el pago al asegurado mediante el reembolso y no mediante el servicio de carta aval”.

Con base en la negativa de emitir una carta aval por parte de la empresa recurrente, la ciudadana Glenda Pérez procedió a interponer denuncia ante la entonces Superintendencia de Seguros.

Asimismo, de la revisión del expediente y del acto administrativo impugnado se observa que la circunstancia que dio origen a la imposición de la sanción recurrida, fue la supuesta omisión de Multinacional de Seguros, C.A., de responder por escrito a la asegurada sobre las razones de hecho y de derecho por las cuales negaba el otorgamiento de la carta aval solicitada.

Sobre dicho punto, la recurrente manifestó en el libelo y en su escrito de informes, lo siguiente:

- 1.- Que no está obligada a responder por escrito sobre la negativa de un servicio que no ofrece, por cuanto en la póliza contratada sólo se establece el pago al asegurado mediante el reembolso.
- 2.- Que la enfermedad detectada es preexistente y por tanto, no está cubierta por la póliza.
- 3.- Que la propia Superintendencia de Seguros le prohibió de manera expresa otorgar cartas avales, cuando señaló mediante providencia administrativa N° 000154 del 8 de enero de 2010, lo siguiente: “la empresa MULTINACIONAL DE SEGUROS, C.A., por imperativo

legal, no puede indemnizar mediante la prestación del servicio a través de Carta Aval, Claves de Emergencias, Tarjetas Electrónicas u otras modalidades semejantes”.

4.- Que resulta contradictorio que la entonces Superintendencia de Seguros haya sancionado a su representada “por no otorgar una carta aval, (...) cuando esa misma Superintendencia indicó la prohibición expresa que tiene (...) de prestar ese servicio de carta aval, entre otros”.

Establecido lo anterior, advierte esta Sala que los alegatos formulados por la actora en los puntos 2, 3 y 4, antes especificados, no constituyen materia del presente recurso de nulidad, toda vez que conforme a lo decidido por la Administración y lo aducido por la accionante en su escrito recursivo, lo debatido en el caso concreto es si la negativa de la recurrente de otorgar la carta aval solicitada debió haber sido fundamentada en forma escrita y motivada, indicando a la asegurada las razones de la negativa, circunstancia ésta que dio origen a la sanción impuesta.

Por tanto, considera esta Sala que lo señalado por la actora, respecto a la preexistencia de la enfermedad y la supuesta prohibición de emitir cartas avales, escapa del ámbito de su conocimiento, toda vez que lo discutido en el presente caso es la omisión en fundamentar por escrito la negativa de emitir la carta aval solicitada por la titular de la póliza.

Dicho esto, se observa con relación al punto controvertido, que contrario a lo señalado por la accionante, el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros sí exige que el rechazo al siniestro o la negativa de lo solicitado por el beneficiario o titular de la póliza se haga por escrito y de manera razonada, pues según la interpretación de la norma, realizada por esta Sala en la decisión anteriormente transcrita, “la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo parágrafo cuarto del artículo en comento”.

En efecto, tal y como lo señaló la Administración en el acto administrativo impugnado, a los efectos de que el asegurado pueda ejercer una defensa adecuada, resulta necesario y conveniente que la aseguradora establezca por escrito y de manera razonada las causas de la negativa de la solicitud formulada.

En el presente caso, el siniestro se configuró cuando le informaron al titular de la póliza que el beneficiario debía ser intervenido quirúrgicamente al habersele diagnosticado “Adenotonsilitis Crónica Hipertrófica Rinopatía Obstructiva”. Por tanto, una vez solicitado el pago bien a través del reembolso o carta aval, correspondía a la aseguradora responder por escrito y notificar al beneficiario, beneficiaria o titular de la póliza sobre su improcedencia o su aprobación, según el caso.

Así, considera esta Máxima Instancia contrario a lo señalado por la accionante- que la respuesta sobre la negativa debe y tiene que ser emitida de manera escrita, indicándose específicamente las razones de ésta, dado que la propia norma regula y prohíbe el rechazo genérico.

Por tanto, resulta obligatorio para la aseguradora, fundamentar de manera expresa las negativas a las solicitudes que le hagan con relación a las pólizas contratadas, no sólo a los efectos de que la Administración pueda determinar si la respuesta negativa cumple con los extremos de ley, sino también para garantizarle la defensa adecuada al beneficiario, beneficiaria o titular de la póliza.

En relación con lo anterior, se observa que la recurrente manifestó en el libelo por un lado, que no estaba obligada a contestar por escrito la solicitud que se le formuló, y por el otro, señaló que “cumplió en exceso las obligaciones que le ha impuesto la Ley (...) visto que le dio una explicación suficientemente motivada a la ciudadana Glenda Pérez para negar el otorgamiento de la Carta Aval (...)”; sin embargo, de la revisión del expediente no se evidencia la certeza de su declaración, es decir, no consta en

autos comunicación alguna que determine que en efecto la aseguradora haya cumplido con la obligación que le impone el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, aplicable *ratione temporis*.

Por tanto, al no enviar la recurrente comunicación alguna a la asegurada, destinada a ponerla en conocimiento de la improcedencia o procedencia de su solicitud, incurrió en evasión de la obligación de dar respuesta por escrito a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas, lo que configura el supuesto de elusión a dicha obligación prevista y sancionada en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, aplicable en razón del tiempo. (Vid. sentencia SPA N°00581 del 4 de mayo de 2011).

En atención a lo expuesto, dada la verificación de los hechos sancionados y su adecuada subsunción en la normativa aplicable, cuya tipificación y sanción es de carácter preexistente a la conducta asumida por la recurrente, esta Sala concluye en la inexistencia del vicio de falso supuesto de derecho alegado. Así se declara.

En consideración a lo precedentemente señalado, al ser desvirtuada la denuncia formulada por la parte recurrente, esta Máxima Instancia debe declarar sin lugar el recurso de nulidad y firme al acto administrativo impugnado. Así finalmente se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.000559.

FECHA: 24 de noviembre de 2011.

PARTES: Distribuidora KTDC, C.A. contra Seguros Mercantil, C.A.

.....
**TEMA: CAUSA EXTERNA SIN INTENCIONALIDAD DEL
ACTOR COMO CONDICIÓN PARA EL PAGO DEL SINIESTRO**

Máxima: por hecho externo debe entenderse aquel que es ajeno a la intencionalidad del asegurado; es decir, aquel que no se deriva de actos provenientes de éste, bien sea por culpa o dolo y que en definitiva no constituyen una fórmula o sustento para alegar la eximente de cumplimiento de la obligación de pago de indemnización, en caso de producirse el daño del bien asegurado.

EXTRACTO:

Se evidencia que el juez superior respecto del argumento sostenido por Seguros Mercantil C.A., particularmente “señalado... como causa eximente de su responsabilidad de pagar la indemnización reclamada por DISTRIBUIDORA KTD, C.A., como es la demostración de existencia de la denominada “causa externa”, consideró pertinente definir la expresión “hecho externo” según la doctrina española, para luego interpretar tal definición de la siguiente manera “...por hecho externo debe entenderse aquel que es ajeno a la intencionalidad del asegurado; es decir, aquel que no se deriva de actos provenientes de éste, bien sea por culpa o dolo y que en definitiva no constituyen una fórmula o sustento para alegar al eximente de cumplimiento de la obligación de pago de indemnización, en caso de producirse el daño del bien asegurado”.

Asimismo, luego de interpretar el concepto concluye que causa externa es “...la acción desplegada en tal forma que quede fuera de la esfera de la intencionalidad del asegurado y que por ende le confiera el derecho a solicitar el pago oportuno de la indemnización”. Por tanto, para “...que tenga lugar la presunción legal pautada en el artículo 393 de la Ley de Comercio Marítimo, es decir, que el siniestro no ha sido causado por causa imputable al asegurado o, por interpretación inversa, que el mismo se presume ocurrido por una causa externa, a menos que el asegurador pruebe lo contrario... es imprescindible que el asegurado haya demostrado el acontecimiento del siniestro”.

Ahora bien, el juez de alzada respecto a la constatación del siniestro, se refiere entre otros, al “...Ajuste de Pérdidas (certificados) presentados por Seguros Mercantil, C.A.” y en éste el sentenciador aprecia “...un formato denominado “cuadro resumen” en particular en la sección denominada “EVENTO” se lee: “Pérdida Parcial. SI. Falta durante vaciado del contenedor. SI. Lugar donde se detectó el problema. País de exportación. NO. País de importación. SI... Acciones contra el proveedor. SI. Acciones contra el buque. SI. Acciones contra el almacén portuario. SI. Acciones contra el Agenciamiento aduanero. SI. ...y seguidamente al pie de página del informe se indica: la firma asegurada hizo ejercicio del reclamo frente a cada una de las personas jurídicas que se resaltan en amarillo, pero sólo obtuvo respuesta del proveedor y del servicio de agenciamiento aduanero, quienes no asumen responsabilidad por las faltas reportadas al seguro...”.

Más adelante, el juez superior se pronuncia sobre un alegato introducido por la demandada específicamente que “...en el supuesto negado que las mercancías hubiesen sido cargadas en su totalidad en los contenedores, este hecho no fue confirmado en su origen mediante la verificación en el puerto de embarque”, respecto de lo cual aclaró que según “...conocimientos de embarque MASTER emitidos por la naviera SEABOARD MARINE Ltd (SMLU LAG 050 A97480 y SMLU LAG 103 A98942) fueron elaborados bajo la condición de transporte “yard to yard”, aceptada por la demandada SEGUROS MERCANTIL, C.A.”, esta modalidad así consentida por la aseguradora implica que “...no se hace exigible al embarcador proceder a la verificación de la carga recibida y consolidada en un contenedor debidamente precintado...” pues “...De haber considerado la demandada -Seguros Mercantil, C.A.- este requisito como condición necesaria para otorgar la cobertura contratada, ha debido hacerla del conocimiento previo del asegurado y señalar en consecuencia el órgano o empresa designada para efectuar tal verificación, en defecto de lo cual debe asumir como cierto lo indicado en los señalados conocimientos de embarque y en las facturas que amparan el manifiesto de carga respectivo y sobre las cuales el ajustador de pérdidas designado por la propia aseguradora, determinó la ‘pérdida a indemnizar’”.

A propósito de lo anterior, resulta fundamental para la Sala revisar lo acordado por las partes en el respectivo contrato de seguros de transporte. Así, entre las regulaciones más importantes para el caso, se observa que la póliza de seguro de transporte expresa en su encabezamiento "...la Compañía garantiza el pago a el Asegurado indicado en el Cuadro de Póliza, de las indemnizaciones a que haya lugar por pérdidas o daños físicos que sobrevengan tanto a los bienes asegurados como los derivados de avería gruesa y culpabilidad por colisión, como consecuencia directa de la ocurrencia de los riesgos cubiertos por esta póliza".

Asimismo, en el capítulo denominado de la referida póliza llamado "condiciones particulares", concretamente en los artículos que se especifican de seguidas previeron lo siguiente: artículo 1 indica que "...los bienes asegurados son aquellos que figuren en el cuadro de la misma..."; artículo 2 forma de despacho el seguro "cubre únicamente los bienes asegurados que sean despachados contra guías, recibos postales, conocimientos y otros documentos válidos de embarque, emitidos por autoridades o empresas constituidas para tales fines"; artículo 3 "Máxima responsabilidad por embarque", las partes acuerdan que "..La Compañía en ningún caso será responsable en cada embarque o en cualquier lugar a un mismo tiempo, por una suma mayor a la establecida en el Cuadro de Póliza..."; los artículos 5, 6 y 7, definen las condiciones físicas de los medios de transporte, las embarcaciones menores y regulación de mercancías bajo o sobre cubierta; el artículo 16 establece las exclusiones de responsabilidad por pérdidas o daños causados, entre los cuales figura "...la acción de las autoridades de destruir o impedir el comercio de artículo prohibidos... la falta, bien sea en el punto de partida o de término de viaje marítimo o aéreo, de aduana o resguardo habilitado...". Por su parte, el cuadro de póliza anexo indica que los bienes a asegurar son "maquinarias y equipos de oficina".

Por su parte, en la "Cláusula de Carga del Instituto, sección primera, De la Cobertura de Riesgos Cubiertos", en su artículo 1 establece: "...Este seguro cubre todos los riesgos que dañen u ocasionen pérdidas de los bienes

asegurados, por cualquier causa externa, que ocurra durante la vigencia de esta cláusula, en el tránsito o almacenaje amparado...”.

Al respecto de todo lo anterior, la Sala debe realizar las siguientes precisiones: 1) al respecto de lo expresado por el sentenciador de alzada específicamente “...por hecho externo debe entenderse aquel que es ajeno a la intencionalidad del asegurado; es decir, aquel que no se deriva de actos provenientes de éste, bien sea por culpa o dolo...” de ninguna manera constituye un hecho concreto, positivo y preciso desvirtuable del “condicionado de la póliza”, sino una interpretación o razonamiento de orden lógico e intelectual al cual arriba el juez luego de examinar la doctrina del “hecho externo”, el clausulado del contrato y la normativa especial aplicable al caso. En cuanto a ésta última, el referido juez verifica particularmente, si la doctrina del hecho externo guarda relación con la presunción establecida en el artículo 393 la Ley de Comercio Marítimo a favor del asegurado, siempre que se constate en la realidad la producción del siniestro amparado y bajo la vigencia de la póliza, supuestos éstos regulados en los artículos 20 (parte in fine) y 37 de la Ley del Contrato de Seguro -atinentes al deber del asegurado de probar la ocurrencia del siniestro y definición del término siniestro, respectivamente.

Por tanto, no constituye una desviación ideológica, el apoyo que procura el juez superior en la doctrina citada, para explicar el alcance que debe dársele a la previsión contenida en el artículo 1 de la Cláusula de Carga del Instituto... De la Cobertura de Riesgos Cubiertos, atinente a la mención de causa externa, más aún cuando la cláusula no proporciona una definición unívoca de esta expresión -causa externa capaz de producir el daño y por consiguiente exigirse la indemnización respectiva-; en todo caso dicha cláusula presupone la asunción de las responsabilidades por parte de Seguros Mercantil C.A., en la cobertura de todos los riesgos por el transporte de los bienes asegurados, riesgos éstos que pueden “...dañar- u ocasionen pérdidas de los bienes asegurados, por cualquier causa externa, que ocurra durante la vigencia de esta cláusula, en el tránsito o almacenaje amparado...”.

En este sentido, la Sala, de una revisión general de las cláusulas del contrato y sus anexos, pudo advertir que la compañía aseguradora se comprometió a i) “garantizar el pago a el Asegurado indicado en el Cuadro de Póliza, de las indemnizaciones a que haya lugar por pérdidas o daños físicos que sobrevengan tanto a los bienes asegurados como los derivados de avería gruesa y culpabilidad por colisión, como consecuencia directa de la ocurrencia de los riesgos cubiertos por esta póliza”; ii) fijó su máxima responsabilidad sólo sobre los bienes asegurados “...que figuren en el cuadro de la póliza...”; también se acordó iii) que esa máxima responsabilidad se establecía sólo hasta el tope del monto asegurado para esos bienes; iv) que respecto a la forma válida de constar el despacho de mercancía desde su origen, la compañía de seguros expresamente estableció que el seguro “...cubre únicamente los bienes asegurados que sean despachados contra guías, recibos postales, conocimientos y otros documentos válidos de embarque, emitidos por autoridades o empresas constituidas para tales fines” y iv) que la cláusula de cobertura de riesgos establece que “...Este seguro cubre todos los riesgos que dañen u ocasionen pérdidas de los bienes asegurados, por cualquier causa externa que ocurra durante la vigencia de esta cláusula...”.

De manera que, una vez constatado por el juez la ocurrencia del siniestro, no por las declaraciones de la actora, sino de los propios certificados de ajuste de pérdidas consignados por la demandada, contenidos en los Cuadernos de prueba 1 y 2, que se fundamentan en la Declaración y Acta de Verificación de Mercancías emitido por la Comisión de Administración de Divisas (CADIVI), en la cual se aprecia una cantidad de mercancía solicitada, distinta a la recibida físicamente; por los datos observados en el conocimiento de embarque emitido por la línea naviera Seaboard Marine Ltd, facturas, los pases de salida de la mercancía emitidos por el Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT), así como por el acta de reconocimiento que hace este mismo ente en el cual se activó la alerta roja en virtud de una irregularidad con la mercancía, denuncia por parte de la actora al Cuerpo de Investigaciones Científicas,

Penales y Criminalísticas, entre otros. Finalmente, se pudo constatar de este informe de ajuste de pérdidas soportado en documentos administrativos convenidos por las partes como muestra de la operación realizada, así como por los documentos emanados de órganos y entes oficiales del Estado (SENIAT Y CADIVI), en relación con el evento que se verificó objetivamente un faltante de mercancía durante el vaciado del contenedor, transportada bajo la modalidad muelle a muelle desde el Puerto de Miami en los E.E.U.U. hasta el Puerto de la Puaira República Bolivariana de Venezuela, por lo cual confirmó que hubo una pérdida parcial de los bienes en principio transportados.

Ahora bien, verificado el siniestro y revisado las cláusulas del contrato en cuanto a las obligaciones expresas de las partes y sus eximentes-, lo propio es la revisión de la normativa especial, es decir la Ley de Comercio Marítimo (artículo 374 y siguientes de los seguros marítimos) y Ley de Contrato de Seguro, especialmente por cuanto ésta última informa al juez sobre los principio de interpretación en el área verbigracia principio de buena fe y confianza en que las partes respetaran los acuerdos, interpretación restrictiva respecto a las cláusulas que atenten contra derechos superiores de los asegurados, definición del término “siniestro”, obligaciones del tomador o asegurado, objetivamente probar la ocurrencia del siniestro, entre otras (artículos 4º, 17, 20 y 37 eiusdem)- que debe ineludiblemente observar cuando examina contratos de seguros en sus distintas modalidades.

Aún más, si no existe prueba de hechos imputables al asegurado o intencionales por parte de éste capaz de producir el siniestro, y que excluyera de la responsabilidad objetiva asumida por Seguros Mercantil C.A., resulta acertado que el juez concluyera, para determinar el alcance de la causas externa que “...el “hecho o causa externa” debe considerarse como la acción desplegada en tal forma que quede fuera de la esfera de la intencionalidad del asegurado y que por ende le confiera el derecho a solicitar el pago oportuno de la indemnización”.

Además, la Sala constató respecto a la modalidad del transporte realizada

“muelle a muelle” que ni en el contrato, ni en sus anexos existe disposición que requiera condicionalmente la confirmación de la mercancía “...en su origen mediante la verificación en el puerto de embarque...” tal como hipotéticamente lo mencionó la demandada, en consecuencia existe una expectativa válida por parte de la actora para que la empresa aseguradora honre las obligaciones asumidas en el contrato de seguro de transporte. Por otra parte, el recurrente sostiene que el juez comete un error de apreciación material, toda vez que el informe de ajuste de pérdidas indica que fue la firma asegurada quien “hizo ejercicio del reclamo frente a cada una de las persona involucradas- pero sólo obtuvo respuesta del proveedor y del servicio de agenciamiento aduanero quienes no asumen responsabilidad...” y no la compañía aseguradora Seguros Mercantil C.A., por tanto es un error del juez de alzada concluir que “...la demandada admitió el siniestro...”.

Como puede advertirse de lo anterior, efectivamente el formalizante señala que el juez superior incurrió en un error material cuando señaló que fue “la demandada... -quien- procedió en consecuencia a solicitar a los involucrados en el suministro; preparación y transporte de mercancías, la correspondiente aceptación de responsabilidad...”, pues quien hizo originalmente tales gestiones fue la actora, no obstante tal error, de forma aislada, no es capaz de producir la nulidad de la sentencia, más aún cuando lo que ataca el formalizante es que el juez concluyó que quedó probado el siniestro, tal conclusión no es producto de un error material sino de una cadena de hechos con su debido soporte probatorio; además, cabe recordar que las conclusiones o consecuencias de un hecho establecidas por el juez, se encuentran excluidos del vicio de falso supuesto.

En cuanto a la denuncia de infracción de los artículos 506 del Código de Procedimiento Civil (distribución de la carga de la prueba) y 1.360 y 1.363 del Código Civil (relacionados con la tarifa legal del documento público y de los instrumentos privados reconocidos) como consecuencia “...de la suposición falsa por desviación ideológica...” denunciada, la Sala las descarta por cuanto dichas normas no guardan relación con el presente caso.

En virtud de los razonamientos anteriores, la Sala declara improcedente la denuncia de suposición falsa, específicamente el primer y tercer caso delatado; falsa aplicación y error de interpretación del artículo 393 de la Ley de Comercio Marítimo, la falsa aplicación del artículo 20 y error de interpretación del artículo 37, ambos de la Ley del Contrato de Seguro, así como la infracción de los artículos, 506 del Código de Procedimiento, 1.360 y 1.363 del Código Civil. Así se establece.

• • • • •

2012



TRIBUNAL: Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo.

SENTENCIA: 2012-0561.

FECHA: 09 de abril 2012.

PARTES: Administradora de Planes de Salud Clínicas RESCARVEN C.A.,
contra Instituto Autónomo para las Defensa y Educación Del Consumidor
y del Usuario (INDECU).

.....

**TEMA: VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PRESUNCIÓN DE
INOCENCIA E INVERSIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA
EN LOS CONTRATOS DE SEGURO**

Máxima: se entiende por presunción de inocencia, aquel derecho que tiene toda persona de ser considerada inocente mientras no se pruebe lo contrario. Asimismo, cabe destacar que éste derecho, forma parte de los principios y garantías que son inherentes al debido proceso, consagrado en el artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el cual exige en consecuencia, que tanto los Órganos Judiciales, como los de naturaleza administrativa deban ajustar sus actuaciones a lo largo de todo el procedimiento de que se trate, de tal modo que ponga de manifiesto el acatamiento o respeto del mismo.

Máxima: la presunción de inocencia de la persona investigada abarca cualquier etapa del procedimiento de naturaleza sancionatoria tanto en el orden administrativo como judicial, por lo que debe darse al sometido procedimiento sancionador la consideración y el trato de no partícipe o autor en los hechos que se le imputan.

EXTRACTO:

Alegó la parte recurrente, que el acto administrativo impugnado le transgredió el derecho a la presunción de inocencia previsto en el numeral 2 del artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, ya que se le sancionó sin haberse motivado la multa impuesta, “(...) y sin haber demostrado que RESCARVEN cometió, supuestamente, actos contrarios a derecho (...) no se evidencia en la Resolución Recurrída, la valoración de algún medio de prueba que le hubiere permitido demostrar el supuesto incumplimiento en el que incurrió nuestra representada”. (Mayúsculas y negrillas del original).

Asimismo, continuaron señalando que “(...) el INDECU pretende sancionar a nuestra representada por haber actuado de conformidad con los términos establecidos en el contrato. En efecto, las disposiciones contenidas en el contrato suscrito con La Contratante y en el anexo de servicio, definen la extensión y límites de los deberes a cargo de Clínicas RESCARVEN como prestadora del servicio que ella ofrece a sus usuarios. Sin embargo, existiendo una cláusula contractual que expresamente enuncia los casos en los que RESCARVEN puede rembolsar gastos generados, ésta no puede ser constreñida a pagar un gasto no estipulado en el contrato, menos aun cuando la empresa actuó de buena fe y le otorgó un beneficio a la denunciante”. (Mayúsculas y negrillas del original).

De igual modo, manifestaron que “En la Resolución Recurrída existe una violación directa al derecho a la presunción de inocencia, toda vez que el INDECU desechó de forma genérica y sin explicación alguna los alegatos expuestos por RESCARVEN en su escrito de descargos, en el recurso de reconsideración y también en el recurso jerárquico. Además invirtió la carga de la prueba, no justificó la razón para imponer la sanción y peor aún, se fundamentó en la presunción de la buena fe de las meras afirmaciones que sustentaron la denuncia formulada, las cuales no se sustentaron en prueba alguna”. (Mayúsculas y negrillas del original).

Por su parte, la Fiscal de Ministerio Público, en su escrito de opinión fiscal expresó que “El Ministerio Público considera que el INDECU, actual IN-

DEPABIS, en su acto administrativo sancionatorio sólo tomó en consideración la denuncia presentada por la ciudadana LUZ MARINA TEJADA, sin valorar los argumentos y pruebas presentados por la empresa recurrente, específicamente el Contrato de Servicio Médico Asistencial, razón por la cual se evidencia la violación del derecho a la presunción de inocencia y al derecho al debido proceso de RESCARVEN, al haber prejuzgado sobre su culpabilidad”. (Mayúsculas del original).

Con base a lo anteriormente expuesto, estima conveniente este Órgano Jurisdiccional señalar, que se entiende por presunción de inocencia, aquel derecho que tiene toda persona de ser considerada inocente mientras no se pruebe lo contrario. Asimismo, cabe destacar que éste derecho, forma parte de los principios y garantías que son inherentes al debido proceso, consagrado en el artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el cual exige en consecuencia, que tanto los Órganos Judiciales, como los de naturaleza administrativa deban ajustar sus actuaciones a lo largo de todo el procedimiento de que se trate, de tal modo que ponga de manifiesto el acatamiento o respeto del mismo. (Vid. Sentencia de la Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia N° 00686, del 8 de mayo de 2003, caso: Petroquímica de Venezuela S.A.).

En base a los argumentos antes expuestos, la Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia, en decisión N° 00975, del 5 de agosto de 2004, ha ratificado el criterio anterior cuando ha señalado que el “(...) principio de presunción de inocencia forma parte de la garantía del debido proceso, pues de tal forma se encuentra consagrado en el artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. En ese sentido, su importancia trasciende en aquellos procedimientos administrativos que como el presente, aluden a un régimen sancionatorio, concretizado en la necesaria existencia de un procedimiento previo a la imposición de la sanción, el cual ofrezca las garantías mínimas al sujeto investigado y permita, sobre todo, comprobar su culpabilidad”.

En este contexto, la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia

ha establecido, que la presunción de inocencia de la persona investigada abarca cualquier etapa del procedimiento de naturaleza sancionatoria tanto en el orden administrativo como judicial, por lo que debe darse al sometido procedimiento sancionador la consideración y el trato de no partícipe o autor en los hechos que se le imputan (Vid. Sentencia del 7 de agosto de 2001, caso: Alfredo Esquivar Villarroel vs. Contraloría Interna de la C.A. de Administración y Fomento Eléctrico (CADAFE)).

Ahora bien, es constante la doctrina vigente que exige, que para destruir la presunción de inocencia debe darse cabida a una actividad probatoria suficiente, que acreditada adecuadamente (no en meras conjeturas o sospechas) pueda deducirse motivadamente de ella el hecho o los hechos que desvirtúen la presunción.

En este sentido, esta Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo señaló en sentencia N° 2007-1273, del 16 de julio de 2007, caso: Gerardo Euclides Monsalve Villarreal, lo siguiente:

“(...) la garantía de la presunción de inocencia comporta, entre otros aspectos: i) la necesaria tramitación de una fase probatoria en la cual el particular, sin perjuicio de la actividad probatoria que corresponde en estos casos a la Administración, pueda desvirtuar los hechos o infracciones que se le imputan, permitiendo así que el órgano competente pueda efectuar un juicio de culpabilidad y, ii) que la culpabilidad del indiciado haya sido legalmente declarada. Tales elementos requieren, sin duda, de la previa tramitación del procedimiento administrativo correspondiente, pues, sin el cumplimiento de esta formalidad, es obvio que no pueda verificarse la actividad probatoria que permita derivar la culpabilidad, ni que pueda considerarse que ésta ha sido legalmente declarada.”

Es así, como la iniciación del procedimiento debe hacerse de tal manera que al investigado se le permita, en la siguiente fase del proceso, desvirtuar los hechos de los que presuntamente es responsable; motivo por

el cual la Administración, a través de medios de prueba concretos, pertinentes y legales, atendiendo a las razones y defensas expuestas por el indiciado, deberá determinar, definitivamente, sin ningún tipo de duda, la culpabilidad del indiciado, declarar su responsabilidad y aplicar las sanciones consagradas expresamente en leyes, de manera proporcional. (Vid. Sentencia N° 2010-1083 dictada por esta Corte en fecha 2 de agosto de 2010, Caso: Banco de Mercantil).

Ante lo expuesto, debe este Órgano Jurisdiccional señalar, que el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) –hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS)-, puede iniciar procedimientos de oficio o a instancia de parte (como el tramitado en el caso de autos), en los cuales la carga de la prueba corresponde a éstas, quienes facultativamente están en libertad de aportarlas o no, so pena de que la decisión sea adversa a aquélla que estaba en mejores condiciones de probar y, en consecuencia debía suministrar los elementos de convicción necesarios para evitarse consecuencias desfavorables. (Vid. sentencia N° 00314 de la Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia, de fecha 22 de febrero de 2007).

.....

TEMA: CARGA DE LA PRUEBA EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: la carga probatoria indica a quien interesa la demostración del hecho en un determinado proceso, pero no significa esto que la parte sobre quien recaiga sea necesariamente la que aporte las pruebas, pues en virtud del principio de comunidad probatoria basta sólo con que la prueba aparezca, independientemente de quién la aduce. Por lo tanto, la parte denunciada, es también interesada en aportar los elementos que estime pertinentes en pro de su defensa, más cuando alega he-

chos nuevos de los cuales quiera valerse para desvirtuar los alegatos de la otra parte.

Máxima: la simple afirmación unilateral no resulta suficiente para que un hecho se dé por cierto (salvo que se produzca por confesión), no obstante, si las partes son coincidentes en la afirmación de aquél, se convierte en un hecho no controvertido y por lo tanto exento de prueba.

EXTRACTO:

En este sentido, la aludida carga probatoria, indica a quién interesa la demostración del hecho en un determinado proceso, pero no significa esto que la parte sobre quien recaiga sea necesariamente la que aporte las pruebas, pues en virtud del principio de comunidad probatoria basta sólo con que la prueba aparezca, independientemente de quién la aduce. Por lo tanto, la parte denunciada, es también interesada en aportar los elementos que estime pertinentes en pro de su defensa, más cuando alega hechos nuevos de los cuales quiera valerse para desvirtuar los alegatos de la otra parte.

Por otro lado, es menester señalar además, que la simple afirmación unilateral no resulta suficiente para que un hecho se dé por cierto (salvo que se produzca por confesión), no obstante, si las partes son coincidentes en la afirmación de aquél, se convierte en un hecho no controvertido y por lo tanto exento de prueba.



En el caso de autos, igualmente se observa claramente que la decisión contra la cual se ha ejercido el Recurso Jerárquico, además de estar esta ajustada a derecho en lo atinente al debido proceso y por ende a los a la defensa y a ser oído, se aprecia de autos que ha quedado demostrada la transgresión a los artículos 18 y 92 de la Ley de Protección al Consumidor

y al Usuario por haber incurrido en la conducta tipificada como supuesto de hecho respecto a los artículos anteriormente nombrados de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, al haberse valorado y estimado las pruebas contentivas en autos.

En tal sentido, consideramos que en aras de preservar los derechos de los consumidores y usuarios, el INDECU actuó con suficientes razones y motivos para hacer uso conforme a la ley de la potestad administrativa que tiene y de los mecanismos pertinentes que dieron lugar al procedimiento administrativo correspondiente, para la aplicación del acto administrativo sancionatorio de fecha cuatro (04) (sic) de noviembre de 2005 contra AD-MINISTRADORA DE PLANES DE SALUD CLINICAS (sic) RESCARVEN C.A.". (Mayúsculas y negrillas del original). (Negrillas de esta Corte).

De este modo, es necesario señalar, que riel a los folios ochenta y uno (81) al ochenta y cuatro (84) del presente expediente, providencia administrativa S/N de fecha 4 de noviembre de 2005, emanada del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) -hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS)-, a través de la cual se manifestó lo siguiente:

El reclamo objeto de esta denuncia consiste en que a la ciudadana denunciante celebró un contrato número 92139 (ver folios 7 al 11) con la empresa denunciada y ésta última al momento en que debía cumplir con las cláusulas establecidas en el contrato no lo hizo.

Por todo lo antes expuesto este Despacho considera que la ciudadana denunciante cumplió su parte del contrato y la empresa de autos incumplió con su parte tal y como consta en autos, ya que al momento que necesitó del servicio contratado con la empresa de autos, ésta última no le cubrió los gastos por lo que es obvio como se dijo anteriormente que la empresa Clínicas Rescarven C.A. incumplió con las cláusulas del contrato entre ellos y la denunciante.

• • •

En virtud de lo anteriormente señalado, constata esta Corte que efectivamente entre la ciudadana Luz Marina Tejada de Ramos y la Sociedad Mercantil Administradoras de Planes de Salud Clínicas Rescarven C.A., en fecha 6 de noviembre de 2003, se celebró un contrato (folios cuarenta y seis (46) al cincuenta y uno (51) del presente expediente), a través del cual la parte recurrente ofreció a la referida ciudadana un plan de salud. De igual forma, se evidencia que dicha ciudadana, al momento de suscribir el contrato, llenó un cuestionario donde declaró su estado de salud (folios ciento treinta y ocho (138) al ciento cuarenta y tres (143) del presente expediente), manifestando en dicho documento, que no padecía de ninguna enfermedad.

Ello así, en fecha 2 de enero de 2005, la ciudadana Luz Marina de Ramos, presentó “Dolor Toraxico (sic)”, razón por la cual tuvo que acudir a las Clínicas Rescarven. De este modo, al momento de ser atendida por el médico residente, la misma manifestó que venía sufriendo desde hace cuatro (4) años de Hipertensión Arterial y Diabetes Mielítico, observando así esta Corte, una incongruencia entre lo alegado por la mencionada ciudadana al momento de suscribir el contrato y lo señalado al momento de ingresar a la Clínica, lo cual hace pensar a este Órgano Jurisdiccional, que dicha ciudadana le mintió a la parte recurrida al momento de suscribir el tantas veces mencionado contrato, evidenciándose de este modo la mala fe de dicha usuaria, aún y cuando del propio contrato firmado se desprende en la cláusula décimo cuarta, que una de las causales de terminación del contrato de afiliación al plan de salud era cuando se “(...) comprobare falsedad, inexactitud u omisión en las declaraciones suministradas por EL AFILIADO o por cualquiera de LOS USUARIOS afiliados, en cualquiera de los documentos o informaciones presentadas a ADMINISTRADORA CLINICAS (sic) RESCARVEN (...)”.

No obstante, es menester indicar, que aunque la parte recurrente comprobó la falsedad de la información suministrada por la usuaria y pudo de este modo terminar el contrato celebrado, la Sociedad Mercantil Ad-

ministradora de Planes de Salud Clínicas Rescarven, C.A., no lo hizo, sino que por el contrario le reconoció el 40 % de los gastos derivados por su hospitalización, como si se tratara de una enfermedad declarada por la referida ciudadana, tal como la consagra la cláusula tercera del “CONTRATO DE AFILIACIÓN”, de fecha 6 de noviembre de 2003, que riela a los folios cuarenta y seis (46) al cincuenta y uno (51) del presente expediente, de la cual se desprende lo siguiente:

“(…) CLAUSULA (sic) TERCERA: DESCUENTOS APLICABLES AL SERVICIO MEDICO-ASISTENCIAL DESDE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE AFILIACIÓN.

(...omissis...)

d) Cuarenta por ciento (40%) para los tratamientos e intervenciones quirúrgicas que requieran o no hospitalización, para la atención de Enfermedades o Afecciones Crónicas declaradas por el USUARIO, cuyos tratamientos e intervenciones estén incluidos y definidos como tales en el LISTADO DE SERVICIO MÉDICO-ASISTENCIALES, y no estén contemplados en los numerales 4.1 y 4.2 de la Cláusula Cuarta de este Anexo. Este descuento aplicará durante toda la vigencia de la afiliación del USUARIO al PLAN DE SALUD”.
(Mayúsculas, negrillas y subrayado del original).

En razón de lo expuesto, se evidencia, que efectivamente tal y como lo señaló la parte recurrente, el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) -hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS)-, en ningún momento logró comprobar que la Sociedad Mercantil Administradora de Planes de Salud Clínicas Rescarven, C.A., efectivamente dejó de cumplir con sus obligaciones contractuales, ni mucho menos se observa, que dicho órgano administrativo haya realizado una valoración del contrato suscrito entre la parte recurrente y la ciudadana Luz Marina Tejada, razón por la cual, este Órgano Jurisdiccional -al igual que lo consideró el Ministerio Público-, constata que efectivamente la parte recurrida, violentó el derecho de presunción de inocencia de la parte recurrente, razón por la

cual esta Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo declara CON LUGAR el recurso contencioso administrativo de nulidad interpuesto, en consecuencia anula la Resolución S/N de fecha 18 de diciembre de 2007, mediante la cual el INSTITUTO AUTÓNOMO PARA LA DEFENSA Y EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y DEL USUARIO (INDECU), hoy INSTITUTO PARA LA DEFENSA DE LAS PERSONAS EN EL ACCESO A LOS BIENES Y SERVICIOS (INDEPABIS), sancionó con multa de Mil Cien Unidades Tributarias (1.100 U.T) a la hoy recurrente. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00835.

FECHA: 11 de julio 2012.

PARTES: Sanitas Venezuela, S.A., contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

.....

TEMA: MEDICINA PREPAGADA Y LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Máxima: las empresas de medicina prepagada al tener como presupuesto básico la prestación de un servicio público, como es la salud, bajo la modalidad de medicina prepagada, éste debe estar sujeto a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 85 constitucional, según el cual El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala, resolver la apelación interpuesta por los apoderados judiciales de la sociedad mercantil SANITAS VENEZUELA S.A., contra

la sentencia Nro. 2010-00984 dictada por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo en fecha 15 de julio de 2010, que declaró sin lugar el recurso de nulidad incoado contra la Resolución s/n de fecha 24 de enero de 2008 emanada del CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO PARA LA DEFENSA Y EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y DEL USUARIO (INDECU) –hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS)-, que desestimó el recurso jerárquico interpuesto y confirmó la decisión mediante la cual fue declarado sin lugar el recurso de reconsideración planteado, así como la multa impuesta a la recurrente por la cantidad de DOS MILLONES DIECISEIS MIL BOLÍVARES CON CERO CÉNTIMOS (Bs. 2.016.000,00), ahora expresados en DOS MIL DIECISEIS BOLÍVARES (Bs. 2.016,00).

Ahora bien, según los apoderados judiciales de la recurrente no había lugar a declarar la nulidad de varias de las estipulaciones del contrato suscrito por su representada con el denunciante, con base en lo previsto en los citados artículos, por cuanto: “i) la actividad de SANITAS se circunscribe a la actividad aseguradora, ii) el contrato que suscribe SANITAS se trata de un contrato de adhesión y iii) (...) las cláusulas del contrato son abusivas”. En este orden de ideas, aprecia la Sala, que en relación a los indicados aspectos y al momento de fundamentar la apelación ejercida, afirmaron:

“(...) La actividad de medicina prepagada es absolutamente lícita, legal y totalmente diferenciable de actividad aseguradora, pues se ejecuta de conformidad con el derecho a la libertad económica, e incluso, la Ley de la Actividad Aseguradora (en lo sucesivo LAA) reconoció su legalidad y sus diferencias con la actividad de seguros, desde que reguló su funcionamiento en capítulo separado. El derecho a la libertad económica establecido en el artículo 112 de la Constitución permite a los particulares el libre ejercicio de la actividad económica de su preferencia, sin más limitaciones que las previstas en la Constitución y en las leyes aplicables. (...) De lo anterior se desprende la legalidad de la actividad de medicina

prepagada, pues de no ser lícita o de violar alguna norma de orden público o atentar contra las buenas costumbres, su existencia no hubiese sido reconocida por un instrumento legal (...) Como explicamos anteriormente, la sentencia apelada afirmó que la actividad de medicina prepagada es similar a la actividad aseguradora y que como tal i) debía cumplir los requisitos establecidos por la Superintendencia de Seguros (...) y ii) debía someterse al control y vigilancia de dicho organismo. Ahora bien, la afirmación de la Corte Segunda es errada, porque si bien es cierto que (...) las empresas de medicina prepagada deben cumplir los requisitos establecidos en la novísima LAA para su constitución y funcionamiento, ello no fue así sino hasta el 29 de julio de 2010, cuando esa Ley fue publicada en Gaceta Oficial (...) De lo anterior se desprende que, contrariamente a lo afirmado por la sentencia apelada, para el 21 de julio de 2010, fecha en que ésta se dictó, las empresas de medicina prepagada, entre ellas SANITAS, no estaban sometidas al control y vigilancia de la antigua Superintendencia de Seguros. En segundo lugar, a pesar de estar reguladas por la misma Ley y sometidas al control del mismo órgano administrativo (...) la actividad aseguradora y la medicina prepagada son totalmente distintas y diferenciables entre sí, hasta el punto que la misma LAA reconoció dicha diferencia (...) En tal sentido, es evidente que incluso la novedosa LAA distingue entre el objeto de las empresas aseguradoras y el objeto de las empresas de medicina prepagada, por lo que es falso que la actividad desplegada por SANITAS sea similar a la desplegada por las empresas de seguros. A todo evento, cabe destacar que el Contrato de medicina prepagada no constituye una póliza de seguros, pues carece de los elementos fundamentales para que encuadre dentro de esa calificación, que son (...) a. Inexistencia de un riesgo asegurado (...) b. No debe existir un daño para utilizar el servicio (...) c. Inexistencia de Prima (...) Inexistencia de Indemnización (...) Ciudadanos Magistrados, incluso la legalidad de la medicina prepagada y su diferencia con la actividad aseguradora fue reconocida por la Corte Primera (...) el mismo INDEPABIS se refiere a la

actividad desarrollada por SANITAS, como actividad de medicina prepagada y no como actividad aseguradora (...). (SIC).

A su vez y como argumentos adicionales para discutir la validez de las conclusiones a la que arribó el tribunal de la causa (antes señalada), sostuvieron: "(...) los contratos de adhesión no deben confundirse nunca con los modelos pro forma, pues estos son simplemente contratos cuyo modelo está previamente establecido, pero en los cuales las partes bien pueden negociar sus cláusulas (...) es falso que el Contrato de autos constituya un contrato de adhesión. Ciudadanos Magistrados, el Contrato de asistencia médica de SANITAS constituye un contrato pro forma, más no un contrato de adhesión, pues sus cláusulas responden a un formato general preestablecido, pero ello no implica que se haya suprimido la posibilidad de negociarlas. SANITAS emplea un formato de contrato únicamente por practicidad y no porque las cláusulas allí establecidas no puedan ser negociadas entre SANITAS y sus usuarios (...)".

Por último y respecto a la conclusión del tribunal de la causa referida a las cláusulas abusivas del contrato suscrito entre el denunciante y el recurrente, los apoderados judiciales de esta última afirmaron:

"(...) Tomando en consideración: i) que la cláusula tercera fue estipulada de conformidad con el principio de autonomía de la voluntad de las partes, ii) que no existe norma alguna que prohíba estipular esa exclusión del servicio prestado por SANITAS, iii) que la exclusión no viola normas de orden público ni atenta contra las buenas costumbres; iv) que el denunciante, aun teniendo la opción de contratar los servicios de otra empresa de medicina prepagada distinta a SANITAS prefirió suscribir el Contrato de autos; y v) que desde el momento en que la denunciante suscribió el contrato de medicina prepagada conoció y aceptó la exclusión estipulada en la cláusula cuarta del contrato, es evidente que SANITAS: i) nunca se excedió en el ejercicio de su libertad de contratación; y ii) nunca abusó de la confianza ni de la buena fe del denunciante, pues este

conocía ampliamente la exclusión de responsabilidad por el uso de servicios médicos adscritos a SANITAS. De esa manera (...) es falso que SANITAS haya hecho uso excesivo, injusto o impropio de su libertad de contratación o de la buena fe y confianza del denunciante. Por tanto, es falso que los numerales 1. 2.8 y 4 de la cláusula tercera del contrato (...) sea abusivo (...).”

Precisado lo anterior, advierte esta Sala que si bien los apoderados judiciales de la recurrente reconocen que en la Ley de la Actividad Aseguradora (Gaceta Oficial Nro. 5.990 de fecha 29 de julio de 2010), el servicio de medicina prepagada prestado por su representada, está sometido al control, vigilancia, supervisión, regulación, inspección y fiscalización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, ello no era así para el momento en que el a quo dictó la sentencia definitiva apelada y en consecuencia sostienen que resulta improcedente que se hubiere asimilado la actividad desplegada por su mandante a la de las empresas aseguradoras.

En este orden de ideas, observa esta Sala, que la conclusión a la que arribó el tribunal de la causa, esto es, considerar que la actividad desplegada por la recurrente, sí estaba sometida a la fiscalización, control y vigilancia de la entonces Superintendencia de Seguros, tuvo apoyo en distintos motivos y no solo en el referido por los representantes judiciales de la parte actora. En efecto, la premisa fundamental en que el tribunal de la causa consideró válida la supervisión y control de dicho ente respecto al servicio de medicina prepagada, no es otra a que en su ejecución se encuentra involucrado el “derecho a la salud, el cual es un derecho humano fundamental que forma parte del derecho a la vida, que ligado a su condición de actividad económica de interés social, esta sujet[o] a la intervención, vigilancia y control del Estado”, conclusión ésta que encuentra su fundamento en lo previsto en los artículos 19, 83, 84, 85 y 117 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que disponen:

“Artículo 19. El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejer-

cicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos. Su respeto y garantía son obligatorios para los órganos del Poder Público de conformidad con esta Constitución, con los tratados sobre derechos humanos suscritos y ratificados por la República y con las leyes que los desarrollen.” (Destacado de la Sala).

“Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República”. (Destacado de la Sala).

“Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud”. (Destacado de la Sala).

“Artículo 85. El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantiza-

rá un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud”. (Destacado de la Sala).

“Artículo 117. Todas las personas tendrán derecho a disponer de bienes y servicios de calidad, así como a una información adecuada y no engañosa sobre el contenido y características de los productos y servicios que consumen, a la libertad de elección y a un trato equitativo y digno. La ley establecerá los mecanismos necesarios para garantizar esos derechos, las normas de control de calidad y cantidad de bienes y servicios, los procedimientos de defensa del público consumidor, el resarcimiento de los daños ocasionados y las sanciones correspondientes por la violación de estos derechos”.

Como se advierte de los citados artículos constitucionales, es deber del Estado garantizar a toda persona -sin discriminación alguna- el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos, siendo el derecho a la salud, uno de carácter fundamental y en consecuencia, tales disposiciones constituyen un motivo suficiente para justificar el control y fiscalización de la actividad desplegada por la recurrente, conforme lo declaró esta Sala ante un caso similar (Ver sentencia Nro. 0101 de fecha 21 de julio de 2011), en el que se concluyó:

“(…) la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 83, establece que la salud es un derecho social fundamental, por tanto, todo lo relacionado con la prestación del servicio de salud debe estar regulado por el Estado. En este sentido, se observa que la empresa recurrente al tener como presupuesto básico la prestación de un servicio público, como es la salud, bajo la modalidad de medicina prepagada, éste debe estar sujeto a la

intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 85 constitucional, según el cual El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud. Ahora bien, según lo alegado por la parte actora, con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010, la medicina prepagada no se encontraba regulada por la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros; no obstante, tal como se indicó en las normas constitucionales ya mencionadas, el Estado está en la obligación de regular, controlar, vigilar y supervisar las Instituciones tanto públicas como privadas que presten servicios de salud. En este sentido, la aludida Ley de la Actividad Aseguradora prevé en su artículo 1°, lo siguiente (...) Asimismo, dispone el artículo 2 del referido texto normativo que (...) De la normativa antes transcrita se observa que, en la actualidad, la medicina prepagada constituye una forma de actividad aseguradora que se encuentra sujeta al control, vigilancia, supervisión, autorización y regulación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y, por tanto, quienes la prestan deben cumplir con la normativa prevista en dicha Ley, a fin de desarrollar legalmente su objeto principal, el cual es la prestación de los servicios de salud a sus contrata (...).

Por otra parte, y en cuanto a la controversia planteada respecto a si el contrato suscrito entre la recurrente y el denunciante, es un contrato de adhesión, resulta oportuna la cita de la sentencia dictada por esta Sala Político Administrativa, Nro. 00055 de fecha 19 de enero de 2011, en la que, respecto a los aspectos definidores de ese tipo de convenciones contractuales, se indicó:

“(...) En tal sentido, esta Sala en reiteradas oportunidades ha establecido que: “(...) En el caso bajo estudio, la referida cláusula se encuentra contenida en un contrato de apertura de cuenta bancaria, que reúne las características de un típico contrato de adhesión,

en donde queda excluida cualquier posibilidad de debate o dialéctica entre las partes. En efecto, en el contrato de adhesión, tal como lo ha puesto de relieve la doctrina y la jurisprudencia, las cláusulas son previamente determinadas por uno solo de los contratantes, de modo que el otro contratante se limita a aceptar cuanto ha sido determinado por el primero. (Vid. Sentencia SPA N° 01761 del 18 de noviembre de 2003)". Con vista en lo señalado por la doctrina y jurisprudencia acerca de los contratos de adhesión, queda claro que en la formación de los contratos de esta naturaleza no participa la voluntad de uno de los contratantes, es decir, en este caso del cliente, habida cuenta de que las cláusulas son previamente determinadas por el banco, no existiendo en consecuencia la posibilidad de que el contratante discuta el contenido de las mismas, sino que en todo caso se limita a suscribirlas en las mismas condiciones que le han sido presentadas (...)".

Conforme se aprecia, la característica fundamental de los mencionados contratos de adhesión radica en que sus cláusulas son previamente determinadas por una de las partes, sin que la otra participe en su redacción, conforme a lo define el artículo 81 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario (Gaceta Oficial Nro. 37.930 de fecha 4 de mayo de 2004), que establece: "Se entenderá como contrato de adhesión, a los efectos de esta Ley, aquel cuyas cláusulas han sido aprobadas por la autoridad competente o establecidas unilateralmente por el proveedor de bienes o servicios, sin que el consumidor pueda discutir o modificar substancialmente su contenido al momento de contratar. La inserción de otras cláusulas en el contrato no altera la naturaleza descrita de contrato de adhesión". (Destacado de esta Sala).

.....

TEMA: CONTRATOS DE ADHESIÓN O CONTRATOS PROFORMA

Máxima: los contratos pro forma son aquellos que tie-

nen un formato único preestablecido, para cuya elaboración sólo interviene una de las partes contratantes, es decir, el proveedor de un bien o servicio, por lo que no se contempla la posibilidad de que el beneficiario pueda negociar la modificación de alguna de sus cláusulas; en tal virtud, este tipo de contratos no guarda diferencia alguna con los contratos de adhesión.

EXTRACTO:

Ahora bien, según los apoderados judiciales de la recurrente las convenciones celebradas por su representada si bien se ajustan a un “modelo previamente establecido”, no constituyen un contrato de adhesión, sino un contrato pro-forma, respecto a los cuales resulta oportuno destacar que según decisión dictada por esta Sala Nro. 01001 de fecha 21 de julio de 2011 (antes citada): “(...) los contratos pro forma son aquellos que tienen un formato único preestablecido, para cuya su elaboración sólo interviene una de las partes contratantes, es decir, el proveedor de un bien o servicio, por lo que no se contempla la posibilidad de que el beneficiario pueda negociar la modificación de alguna de sus cláusulas; en tal virtud, este tipo de contratos no guarda diferencia alguna con los contratos de adhesión (...)”.

En atención a lo anteriormente expuesto, concluye esta Alzada que no erró el a quo al señalar que el Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica, suscrito entre el ciudadano Julio César Torres (denunciante en sede administrativa) y SANITAS VENEZUELA S.A., se configura como un contrato de adhesión, pues tal como antes se indicó, para su elaboración no interviene en ningún momento la voluntad del asegurado.

Por último y respecto a la conclusión a la que arribó el a quo, esto es, que la cláusula en sustento a la cual la recurrente se excusó de no brindar la cobertura que le fue reclamada, constituye una estipulación abusiva, es pertinente la cita de la decisión dictada por esta Sala Nro. 01024 de fecha 21 de octubre de 2010, en la que se lee:

“(…) Señala la parte apelante, respecto a la calificación de abusivas que hace la sentencia apelada de las Condiciones Generales de Contrato para la Emisión de Tarjetas de Crédito y de las Condiciones Generales de los Servicios de Cuenta Corriente, que ambos textos fueron aprobados por la SUDEBAN en su condición de órgano contralor de la actividad financiera y que la Cláusula específica que autoriza al banco a debitar de la cuenta nómina de los cuenta corrientistas por vía de la compensación de deudas, resulta ser una cláusula absolutamente lícita, coincidente y redundante con una norma legal vigente contenida en nuestro Código Civil, que simplemente prevé una forma igualmente lícita, común, generalizada y eficaz para la extinción de las obligaciones”.(…) Las cláusulas transcritas son impuestas a los clientes por las Instituciones Financieras, sin que exista la posibilidad para aquéllos de participar en su formulación. En efecto, la cláusula primera de las Condiciones Generales de los Servicios de Cuenta Corriente establece expresamente que el cliente, por el solo hecho de solicitar al banco cualquiera de los servicios de las cuentas corrientes acepta y queda sujeto a las estipulaciones contenidas en este documento aplicables al servicio solicitado, asumiendo la obligación de conocerlas en todo su alcance y contenido”. En efecto, las referidas Condiciones Generales entran en la categoría de los llamados contratos de adhesión, en los cuales queda excluida cualquier posibilidad de debate o dialéctica entre las partes, pues las cláusulas son previamente determinadas por uno solo de los contratantes, de modo que el otro contratante se limita a aceptar cuanto ha sido establecido por el primero. (Vid. Sentencia de esta Sala No. 962 de fecha 1° de julio de 2003). En este orden de ideas, resulta necesario traer a colación lo dispuesto por la Sala Constitucional de este Máximo Tribunal en la sentencia No. 85 del 24 de enero de 2002, en la cual estableció lo siguiente: “El que una persona sea capaz no significa que su consentimiento siempre pueda ser manifestado libremente, sin sufrir presiones o influencias que lo menoscaben. Por ello, independientemente de

los vicios clásicos del consentimiento (error, dolo o violencia), algunas leyes tienen recomendaciones, normas y otras disposiciones que persiguen que las personas expresen su voluntad con pleno conocimiento de causa o alertados sobre aspectos del negocio. La Ley de Protección al Consumidor y al Usuario es de esa categoría de leyes, en su articulado referente a las obligaciones de los proveedores de bienes y servicios, contratos de adhesión y a la información sobre precios, pesos y medidas. Con este tipo de leyes, el legislador ha tratado que el derecho se adapte a la realidad social, ya que un derecho divorciado de la realidad antroppo-sociológica, es un derecho necesariamente lesivo a los seres humanos. Hace la Sala estas anotaciones, porque la autonomía de la voluntad de las contratantes en la realidad no es tan libre, ni exenta de influencias, que pueden sostenerse que ella actúa plenamente en cada persona por ser ella capaz. Quien se encuentra en situación de necesidad es mucho más vulnerable que quien no lo está, en el negocio que repercute sobre esa situación, y ello que lo ha tenido en cuenta el legislador, también lo debe tener en cuenta el juzgador, por lo que fuera de la calificación de usuraria de algunas cláusulas contractuales, a otras podría considerarlas como contrarias a las buenas costumbres, cuando ellos inciden en desequilibrar la convivencia humana. Así como la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, señala una serie de normas para salvaguardar al consumidor (*latu sensu*), las cuales a veces regulan hasta las menciones de los contratos (...). (Destacado de esta decisión).

Como se advierte de la anterior cita, la desigualdad que conlleva su aplicación constituye uno de los elementos definidores de una cláusula abusiva y se manifiesta cuando se establecen condiciones que solo benefician a una de las partes del contrato.

En este orden de ideas resulta oportuna la cita de varios artículos previstos en distintas leyes (derogadas y vigentes), en los que se indican expresamente los aspectos que definen una estipulación contractual abusiva y estos son:

Artículo 21 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario. (Gaceta Oficial Nro. 4.898 de fecha 17 de mayo de 1995).

“No producirán efecto alguno las cláusulas o estipulaciones en los contratos de adhesión que: 1. Otorguen a una de las partes la facultad de resolver a su solo arbitrio el contrato, salvo cuando ella se conceda al comprador en las modalidades de venta por correo (...) 2. Establezcan incrementos de precio por servicio, accesorios, aplazamientos, recargos o indemnizaciones (...) 3. Hagan responsable al consumidor o al usuario por deficiencias, omisiones o errores del proveedor. 4. Priven al consumidor o al usuario de su derecho a resarcimiento frente a deficiencias que afecten la utilidad o finalidad esencial del producto o servicio y 5. Estén redactados en términos vagos o imprecisos (...)”.

Artículo 87 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario. (Gaceta Oficial Nro. 37.930. 4 de mayo de 2004).

“Se considerarán nulas de pleno derecho las cláusulas o estipulaciones establecidas en el contrato de adhesión que: (...) 8. imponga[n] condiciones injustas de contratación o exageradamente gravosas para el consumidor, le causen indefensión o sean contrarias al orden público y la buena fe (...)”.

Artículo 74 de la Ley de Reforma Parcial de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (Gaceta Oficial Nro. 39.358 de fecha 1 de febrero de 2010).

“Se considerarán nulas las cláusulas o estipulaciones establecidas en el contrato de adhesión, que (...) 7. Establezcan condiciones injustas de contratación o gravosas para las personas, le causen indefensión o sean contrarias al orden público y la buena fe (...)”.

Artículo 9 de la Ley del Contrato de Seguro. (Gaceta Oficial Nro. 5.552 de fecha 12 de noviembre de 2001).

“Los contratos de seguros no podrán contener cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los asegurados o los beneficiarios. Los contratos de seguros se redactarán en forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas que contengan la cobertura básica y las exclusiones. (...)”.

Conforme se infiere de las disposiciones legales anteriormente transcritas, los usuarios o consumidores de determinado servicio y específicamente los contratantes de los planes o servicios de salud, tienen derecho a que en las convenciones que suscriban a tal fin, no contemplen condiciones que afecten la utilidad o finalidad esencial del producto o servicio, que en el caso se configura, al pretender justificar el rechazo de la cobertura contratada, por cuanto al momento en que se presentó la emergencia médica, el médico tratante no fue uno de aquellos, que están adscritos a SANITAS VENEZUELA S.A.

Por lo tanto, con base en las anteriores consideraciones se declara improcedente el vicio referido al presunto error de juzgamiento por falso supuesto de derecho, respecto a la aplicación de lo previsto en los artículos 2 y 87 de Ley de Protección al Consumidor y al Usuario (Gaceta Oficial Nro. 37.930 de fecha 4 de mayo de 2005). Así se decide.

El tribunal a quo, expresamente señala que aun en el supuesto que la recurrente hubiere logrado demostrar fehacientemente (que no fue el caso), que el denunciante “omitió practicar el tratamiento médico de emergencia con un profesional adscrito a la empresa”, concluyó que tal circunstancia no la eximiría de la sanción que finalmente le fue impuesta por el ente administrativo, en atención a lo abusivo de la estipulación en tal sentido prevista en el contrato suscrito, lo cual comparte esta Sala, toda vez que de resultar válida tal exigencia, ello conllevaría por ejemplo, que ante una emergencia médica (que implica atención inmediata), el beneficiario del

servicio prestado por SANITAS VENEZUELA S.A., pusiera en riesgo su salud, si le es exigido como condición, que la atención médica que reclama, solo sea prestada por los médicos adscritos a dicha empresa mercantil y estos no se encuentren en el establecimiento hospitalario al que hubiere acudido a tal fin.

En conclusión y por las razones expuestas se declara improcedente el vicio de falso supuesto de derecho alegado por la recurrente en relación a la aplicación de los artículos 8, 9 y 13 de la Ley de Simplificación Sobre Trámites Administrativos. Así se decide.

A su vez y en la misma dirección de las anteriores consideraciones, resulta pertinente destacar lo declarado por esta Sala en su sentencia Nro. 00195 de fecha 8 de marzo de 2012, en la que en relación al derecho de indemnización de los asegurados, se indicó: “(...) Declarado sin lugar el recurso de apelación ejercido en el caso de autos y en consecuencia, confirmado el fallo proferido por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, con lo cual queda reconocido implícitamente el derecho de la denunciante a la cobertura del siniestro o al pago, por vía de reembolso, de los gastos en los cuales haya podido incurrir como consecuencia de la terapia post-operatoria, debe la Sala con fundamento en el artículo 2 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, conforme al cual Venezuela se constituye en un Estado democrático y social de Derecho y de Justicia, en concordancia con el artículo 3 eiusdem y con los artículos 1, 7, numeral 17, 129 y 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora (publicada en Gaceta Oficial N° 5.990 Extraordinario, de fecha 29 de julio de 2010), ordenar al Superintendente de la Actividad Aseguradora que oficie a la sociedad mercantil Sanitas Venezuela, S.A., a los fines de que esta remita informe a dicho órgano de control, acerca del cumplimiento de la obligación establecida en el mencionado artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora (...)”.

Por lo tanto, visto que el derecho del asegurado a ser indemnizado tiene su fundamento en normas constitucionales y legales, en consecuencia, se

desestima por improcedente el vicio de falso supuesto de derecho denunciado por los apoderados judiciales de la recurrente. Así se decide.

Error de juzgamiento por falsa apreciación de los hechos por cuanto el tribunal de la causa indicó que la recurrente “no había demostrado haber dado cumplimiento a las obligaciones contractuales”.

En relación a la advertida denuncia, los representantes judiciales de la sociedad mercantil recurrente, alegaron:

“(…) La Corte (...) no procedió a verificar el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato suscrito entre SANITAS y el ciudadano Julio Cesar Torres (...) Se desprende de la sentencia apelada que la Corte Segunda (...) no valoró los informes médicos que demuestran que la atención brindada por el Doctor Louis Cesar profesional de la medicina que no se encuentra adscrito a SANITAS- al paciente fue a solicitud expresa del contratante (el padre del paciente); prueba que evidenció que SANITAS dio cumplimiento a la letra del contrato suscrito por el denunciante, al no estar obligada a desembolsar o reembolsar cualquier gasto por honorarios médicos que no formen parte del cuadro médico. En efecto, SANITAS dio cumplimiento al contrato de asistencia médica suscrito por la denunciante con fundamento en: i) la Cláusula Primera- Definiciones, punto N° 6 y 16, referidos al cuadro médico y Profesionales adscritos respectivamente; ii) el punto 6 y 7 de su cláusula segunda, denominada de las disposiciones comunes, referido a los Servicios Mediante Cuadro Médico y Exoneración de responsabilidad, respectivamente y iii) en la cláusula cuarta del Contrato, de las exclusiones o limitaciones contractuales en su punto 4. En especial, no valoró que el informe médico de evolución suscrito el 25 de mayo de 2005 por el Dr. Louis Cesar, quien reportó al final del informe Interconsulta con el Dr. Ciro Carballo, gastroenterólogo de SANITAS de guardia, pero los familiares insisten en que sea yo. Es así que consta en el expediente que SANITAS prestó al paciente

los servicios de asistencia médica en todo momento, pero fue el contratante quien decidió unilateralmente que su hijo (el paciente) fuera atendido específicamente por el Dr. Louis Cesar, médico que no está adscrito a SANITAS y quien además solicitó interconsulta al médico especialista que había atendido en un principio al paciente; prueba más que suficiente para refutar y contradecir los alegatos expuestos por el denunciante y además demostrar que SANITAS efectivamente dio cabal cumplimiento al contrato de asistencia médica suscrito por el denunciante y que en ningún momento hubo un incumplimiento en la prestación de servicio por parte de SANITAS (...) Así, es evidente que la decisión apelada incurrió en el vicio de falso supuesto de hecho al estimar que SANITAS no comprobó el cumplimiento de sus obligaciones contractuales cuando es lo cierto que constaba en el expediente que el paciente fue atendido por un médico especialista adscrito a SANITAS y éste fue relevado por órdenes expresas del contratante (...).

Entre las conclusiones a las que arribó la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo y que esta Sala comparte, es que ante el escenario de presentarse una emergencia vital inmediata no hay lugar a condicionar el pago del servicio que hubiere recibido el contratante (en determinado centro hospitalario), al hecho de que la atención hubiere sido prestada por un médico adscrito a SANITAS VENEZUELA S.A., (como se expresó en párrafos anteriores) y en tal virtud, debe desecharse por improcedente el alegato de la parte actora referido al error de juzgamiento por falsa apreciación de los hechos, antes señalado. Así se decide.

Declarado sin lugar el recurso de apelación ejercido en el caso y en consecuencia, confirmado el fallo proferido por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, con lo cual queda reconocido implícitamente el derecho del denunciante a la cobertura del siniestro o al pago, por vía de reembolso, de los gastos en los cuales haya podido incurrir como consecuencia de la emergencia médica suscitada, debe la Sala (conforme ya lo hizo ante una situación similar. Vid fallo Nro. 00195 de fecha 8 de marzo

de 2010 -antes citado-) y con fundamento en el artículo 2 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, conforme al cual Venezuela se constituye en un Estado democrático y social de Derecho y de Justicia, en concordancia con el artículo 3 eiusdem y con los artículos 1, 7, numeral 17, 129 y 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora (publicada en Gaceta Oficial N° 5.990 Extraordinario, de fecha 29 de julio de 2010), ordenar al Superintendente de la Actividad Aseguradora que oficie a la sociedad mercantil Sanitas Venezuela, S.A., a los fines de que esta remita informe a dicho órgano de control, acerca del cumplimiento de la obligación establecida en el mencionado artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora, el cual a la letra reza lo siguiente:

“Los tomadores, asegurados o beneficiarios de los seguros y los contratantes de planes o servicios de salud de medicina prepagada, tienen derecho a recibir la indemnización que le corresponda, en un lapso que no exceda de treinta días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que se haya entregado el último recaudo o del informe de ajuste de pérdidas, si fuese el caso. En consecuencia, las empresas de seguros o de medicina prepagada estarán obligadas a hacer efectivas las indemnizaciones antes del vencimiento del referido lapso, so pena de incurrir en responsabilidad administrativa por retardo en el cumplimiento de sus obligaciones. Igualmente tienen derecho a ser notificados por escrito dentro del lapso antes señalado, de las causas de hecho y de derecho que justifican el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida. El incumplimiento de la obligación aquí descrita, por parte de los sujetos regulados, generará la correspondiente responsabilidad administrativa por rechazo genérico. Se entiende que las empresas de seguros o de medicina prepagada han eludido el cumplimiento de sus obligaciones cuando exista falta de pago o ausencia de respuesta ante la solicitud de pago de las coberturas previstas en una determinada póliza; cuando utilicen artificios para no asumir su responsabilidad. Lo dispuesto en el presente artículo aplicará igualmente en los casos de fianzas emitidas por empresas de seguros autorizadas para

ello. En los casos de rechazo o elusión los sujetos regulados a que se refiere este artículo, tienen la obligación de probar la improcedencia del reclamo”.

Recibido el informe correspondiente de parte de la referida sociedad prestadora de servicios de asistencia médica, el Superintendente enviará a la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo copia certificada del mismo, así como una exposición sucinta de las acciones de control practicadas, a los fines de hacer efectivo el derecho reconocido por la ley a la beneficiaria. Todo en razón del interés general representado “por los derechos y garantías de los tomadores, asegurados y beneficiarios de los contratos de seguros, de reaseguros, los contratantes de los servicios de medicina prepagada”, cuya tutela reposa en cabeza de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, según lo preceptuado en el también antes mencionado artículo 1 de la Ley de la Actividad Aseguradora. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil .

SENTENCIA: RC.000536.

FECHA: 01 de agosto de 2012.

PARTES: Clímaco Antonio Marcano contra Seguros La Previsora.

.....

TEMA: PAGO DE SINIESTRO ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y EXCESO DE VELOCIDAD

Máxima: el artículo 129 de la Ley de Tránsito Terrestre vigente para ese momento establecía lo siguiente: se presume salvo prueba en contrario que el conductor es responsable de un accidente de tránsito cuando al ocurrir este, el conductor se encuentra bajo los efectos de bebidas alcohólicas, de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, o conduzca a exceso de velocidad.

Máxima: el hecho de desplazarse el actor a 30 kilómetros por hora, cuando lo permitido era 15 kilómetros por hora, para el momento en que cruzó la intersección de vías en el semáforo El Roble, encaja en las denominadas presunciones legales contempladas en el artículo 1359 del Código Civil, las cuales dispensan de toda prueba a quienes la tengan a su favor, vale decir, en el caso concreto, la empresa Seguros La Previsora C.A.

Máxima: de las pruebas aportadas por las partes, no fue demostrado por la representación judicial de la empresa aseguradora, que el asegurado se encontraba embriagado para el momento del accidente de tránsito que aquí se dirime, por lo que siendo ello, no procede esta eximente de responsabilidad a favor de la empresa aseguradora.

Máxima: el juez por una parte señala que la aseguradora “se excepciona en primer lugar, señalando que para el momento del accidente el [asegurado] conducía a exceso de velocidad” y determina que el exceso de velocidad de 30 Km por hora para cruzar una intersección de vías, solo constituía una infracción a las normas de circulación establecidas en el Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre, lo cual se ajustaba a lo contemplado en la cláusula Nro. 10 respecto a la cobertura amplia condiciones particulares establecidas en el contrato o póliza de seguro de casco de vehículo terrestre, que establece una indemnización de pago del setenta y cinco por ciento (75%) en caso de que ocurra un siniestro.

EXTRACTO:

Resulta claro que la parte demandada circunscribe la contestación de la demanda bajo dos aspectos: una comprende el hecho de que la parte demandante conducía a exceso de velocidad, vale decir, a 30 kilómetros por hora en la intersección de vías urbanas, lo cual duplicaba la velocidad establecida en la ley, y la otra, respecto a la influencia de bebidas alcohólicas del conductor del vehículo o asegurado -hoy demandante- en el presente juicio.

No obstante, a lo anterior, el juzgador de alzada estableció en el fallo lo siguiente:

“De acuerdo a lo precedentemente señalado, aun cuando la representación judicial del demandante aduce que la prueba de informe fue recibida posteriormente al lapso de evacuación de prueba, cabe destacar que la misma fue promovida y evacuada en el lapso legal correspondiente, sólo que sus resultas llegaron posteriormente, y ello aconteció antes del dictamen del fallo definitivo, por lo que no es óbice que sean analizadas en el *thema decidendum*, por cuanto el Juez debe atender al principio de la veracidad, en conformidad a las previsiones del artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, y en vista de la Jurisprudencia antes transcrita, y volviendo al señalado informe, ciertamente es claro inferir que no coincide la identificación de la parte actora con la persona señalada como paciente en dicho informe, ni siquiera consta que haya sido identificado con el número de cédula, en todo caso, cabe mencionar que los empleados que suscriben el informe señalan que el paciente se negó a dar los documentos correctos, por lo que no se explica este Juzgador como pudo conocer que el paciente KLINOT MARCANO es de la empresa C.V.G. Venalum de Seg. La Seguridad, en todo caso la anterior prueba no crea convicción en el Juez, sobre la certeza en cuanto a que el paciente identificado como KLINOT MARCANO, corresponde a la persona del actor, ciudadano CLIMACO MARCANO, por lo que siendo ello así se desestima, este medio probatorio, y así se decide. Analizado como ha sido el material probatorio que obra

en autos, se obtiene en relación a los hechos controvertidos, que el actor CLIMACO ANTONIO MARCANO, con ocasión al accidente de tránsito, ocurrido en fecha 06 de octubre de 2.002, en el cruce hacia el semáforo El Roble, en donde resultó involucrado el vehículo de su propiedad, con placa No. GAC54M, efectuó los trámites respectivos, ante la compañía aseguradora, consignando los recaudos exigidos, dando cumplimiento a la cláusula 6 de la Cobertura de Pérdida Total Solamente de la Póliza, en el tiempo oportuno, lo cual no fue negado, ni impugnado por la parte accionada en su escrito de contestación de la demanda, quien sólo se limitó a rechazar, negar y contradecir de manera genérica la demanda aquí incoada, en consecuencia por no constituir lo antes indicado, un hecho controvertido en juicio, queda establecido que ciertamente el ciudadano CLIMACO ANTONIO MARCANO cumplió las exigencias de la empresa aseguradora en el caso de la Cobertura de Pérdida Total solamente, y así se establece.



Ahora bien, ante la pretensión del actor CLIMACO ANTONIO MARCANO de cumplimiento del contrato de seguro en contra de SEGUROS LA PREVISORA, la defensa de la empresa accionada se excepciona en primer lugar, señalando que para el momento del accidente el actor ciudadano CLIMACO ANTONIO MARCANO conducía a exceso de velocidad. pues declaró ante el funcionario de tránsito terrestre, que conducía a 30 kilómetros, según se desprende de las actuaciones que conforman el expediente de tránsito, específicamente al folio 40 de la primera pieza, lo cual a decir de la parte demandada va en contravención al artículo 254 del Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre vigente para el momento de la ocurrencia del hecho, por cuanto prevé que cuando en las vías no estén indicadas las velocidades, el máximo será en la zonas urbanas de 15 kilómetros por hora en intersecciones.

Ante este alegato este juzgador observa lo dispuesto en el artículo 129 de la Ley de Tránsito Terrestre vigente para el momento de la ocurrencia de

los hechos que aquí se ventilan, el cual es del tenor siguiente:

“se presume salvo prueba en contrario que el conductor es responsable de un accidente de tránsito cuando al ocurrir este, el conductor se encuentra bajo los efectos de bebidas alcohólicas, de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, o conduzca a exceso de velocidad”

En atención a la norma antes citada, y en análisis a lo esgrimido por la representación judicial de la parte demandada, en cuanto a que el ciudadano CLIMACO MARCANO conducía su vehículo asegurado por la empresa accionada, a una velocidad de 30 kilómetros por hora, para el momento en que ocurrió el accidente de tránsito aquí cuestionado, siendo que de acuerdo a las previsiones del Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre en su artículo 254, por encontrarse el conductor en una intersección en zonas urbanas, no podía desplazarse más de 15 kilómetros por horas, esta Alzada ante los hechos así explanados, y en acatamiento a la sentencia emanada de la Sala de Casación Civil del Tribunal Supremo de Justicia de fecha 26 de mayo de 2010, específicamente a los folios 181 y 182 de la segunda pieza, ciertamente obra en contra del actor la presunción legal contemplada en el citado artículo 129 de la Ley de Tránsito y Transporte Terrestre, por cuanto es cierto lo alegado por la parte demandada, que el ciudadano CLIMACO MARCANO declaró ante el Funcionario de tránsito que se desplazaba a la velocidad de 30 kilómetros por hora, siendo que lo permitido es 15 kilómetro por hora, por tratarse de una intersección; y así se observa del folio 40 de la primera pieza, de las actuaciones que conforman el expediente levantado por el Cuerpo Técnico de Vigilancia de Tránsito Terrestre, Unidad Especial No. 1 Región Guayana, Edo. Bolívar, Departamento de Investigación de Accidentes Comando, con motivo del accidente con daños materiales, cursante del folio 35 al 44 de la primera pieza, la cual ya fue apreciada y valorada ut supra”



De lo anterior se infiere, que el hecho de desplazarse el actor a 30 kiló-

metros por hora, cuando lo permitido era 15 kilómetros por hora, para el momento en que cruzó la intersección de vías en el semáforo El Roble, encaja en las denominadas presunciones legales contempladas en el artículo 1359 del Código Civil, las cuales dispensan de toda prueba a quienes la tengan a su favor, vale decir, en el caso concreto, la empresa Seguros La Previsora C.A., que se exceptuó en la contestación de la demanda alegando que el conductor asegurado conducía a exceso de velocidad, lo cual fue probado en autos, pero el hecho que señala la empresa aseguradora como eximente de responsabilidad, es la circunstancia de que el conductor se encontraba para el momento del accidente bajo influencia alcohólica. Tal señalamiento lo expone al folio 139 y su vuelto de la primera pieza, e indica que lo anterior está contemplado en una de las cláusulas de las condiciones generales y particulares de la póliza, específicamente la cláusula número 6, y así se establece.

Lo anterior hace inferir que la responsabilidad del accidente de tránsito, recae en el conductor ciudadano CLIMACO ANTONIO MARCANO MEDINA, parte actora en esta causa, quien cumplió las exigencias de la empresa aseguradora en el caso de la Cobertura de Pérdida Total solamente, y además demostró la mala fe con -que actuó la empresa aseguradora con respecto a su caso en particular. Entonces el exceso de velocidad constituye la causa del accidente, pues de acuerdo a la señal de tránsito que invoca en su testimonio, como lo es que se encontraba, la luz verde para el paso automotor por el canal en que conducía, le correspondía transitar dicho cruce, momento en el cual el otro conductor lo impactó violentamente por el lado izquierdo en la parte trasera de su vehículo provocando que el mismo girara y se volteara aparatosamente, tal circunstancia no enerva al actor, pues infringió lo dispuesto en el artículo 254 del Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre, al conducir la intersección a una velocidad de 30 kilómetros por hora, siendo que lo permitido es 15 kilómetros por horas, y ante el argumento que aquí se analiza, opuesta por la parte demandada en contra del actor, la misma es suficiente para eclipsar el hecho señalado por el demandante, en que el otro conductor lo impactó cuando él se disponía cruzar el semáforo con luz verde, y así se establece.

Pero no queda aquí el dilucidar el planteamiento formulado por las partes en el juicio, pues la parte demandada en segundo lugar, se excepciona, argumentando que el ciudadano CLIMACO MARCANO, se encontraba en estado de embriaguez, para el momento del accidente, por lo que aduce que no procede el pago de ninguna indemnización de conformidad con la cláusula No 6 del Seguro Responsabilidad Civil por Accidente de Tránsito en Exceso de los Montos Cubiertos por la Póliza de Responsabilidad Civil de Automóvil, la cual es del tenor siguiente:

“... la compañía queda exenta de responsabilidad si el accidente ocurre:

a)....cuando el conductor del vehículo se encuentre en estado de embriaguez o bajo influencia de estupefacientes o drogas tóxicas o heroicas; (.)...

Ante tal defensa, este Juzgador arguye del análisis ya expuesto ut supra, de las pruebas aportadas por las partes, que no fue demostrado por la representación judicial de la empresa accionada, que el actor se encontraba embriagado para el momento del accidente de tránsito que aquí se dirime, por lo que siendo ello, no procede esta eximente de responsabilidad a favor de la empresa aseguradora, por lo que sólo resta señalar lo estipulado en la cláusula No. 10, que regula la COBERTURA AMPLIA CONDICIONES PARTICULARES, según se extrae al vuelto del folio 13 de la primera pieza, cuya actuación está relacionada con la póliza, la cual es del tenor siguiente:

“Cuando el momento de producirse un siniestro cubierto por esta Póliza, EL ASEGURADO, o el conductor del vehículo autorizado por él, hubiese infringido las normas de circulación establecidas en el Reglamento de la Ley de Tránsito terrestre, LA COMPANIA solo pagará el setenta y cinco por ciento (75%) del monto de la indemnización.

Asimismo, se hace el señalamiento, de lo previsto en la cláusula 9°, con respecto a la COBERTURA DE PERDIDA TOTAL SOLAMENTE, de la póliza invocada por el actor, cuyo contenido es el siguiente:

Quando al momento de producirse un siniestro cubierto por esta Póliza, EL ASEGURADO o el conductor del vehículo autorizado por él, hubiese infringido las normas de circulación establecidas en el Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre, LA COMPANJA sólo pagará el setenta y cinco por ciento (75%) del monto de la indemnización.

Lo anterior hace deducir claramente que el conductor ciudadano CLIMACO ANTONIO MARCANO MEDINA, como parte actora en este juicio es responsable del accidente de tránsito, pero al no estar probado en autos la eximente de responsabilidad alegada por la empresa aseguradora, atinente que el actor se encontraba embriagado para el momento del accidente de tránsito aquí cuestionada, es concluyente que sólo procede el pago del setenta y cinco por ciento (75%) del monto de la indemnización, que en el caso de autos correspondería al setenta y cinco por ciento (75%) de la cantidad de ONCE MILLONES DE BOLÍVARES (Bs. 11.000.000,00), como indemnización por la pérdida total del vehículo amparado por la Póliza, ya enunciado *ut supra*". (Mayúsculas y negrillas de la sentencia recurrida).

Analizados en conjunto tanto los fundamentos explanados en los escritos de contestación a la demanda como lo decidido por el juez de alzada, se observa que no existe tergiversación de los alegatos esgrimidos en el escrito de contestación, pues el juez por una parte señala que la aseguradora "se excepciona en primer lugar, señalando que para el momento del accidente el actor ciudadano CLIMACO ANTONIO MARCANO conducía a exceso de velocidad" y determina que el exceso de velocidad de 30 Km por hora para cruzar una intersección de vías, solo constituía una infracción a las normas de circulación establecidas en el Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre, lo cual se ajustaba a lo contemplado en la cláusula Nro. 10 respecto a la cobertura amplia condiciones particulares- estableci-

das en el contrato o póliza de seguro de casco de vehículo terrestre, que establece una indemnización de pago del setenta y cinco por ciento (75%) en caso de que ocurra un siniestro. De esta forma, el juez de alzada resuelve en forma expresa el alegato referido al exceso de velocidad, respecto del cual deja asentado que se trata de un atenuante y no de un eximente de responsabilidad.

Por otra parte, con respecto al alegato de que la parte actora se encontraba influenciado por efectos del alcohol, el juzgador de alzada sustentó el fallo, y estableció “en segundo lugar, se excepciona, argumentando que el ciudadano CLIMACO MARCANO, se encontraba en estado de embriaguez”, y en cuyo hecho alegato determinó su improcedencia en virtud de que la aseguradora no pudo demostrar a lo largo del proceso, “que el actor se encontraba embriagado para el momento del accidente de tránsito” pues de los informes médicos consignados en el expediente “...no crea convicción en el Juez, sobre la certeza en cuanto a que el paciente identificado como Klinot Marciano, corresponde a la persona del actor, ciudadano Clímaco Marciano”.

Conforme a lo anteriormente expuesto, la Sala evidencia que el juez de alzada no incurrió en la infracción del artículo 243, ordinal 5° del Código de Procedimiento Civil, por tergiversación de los términos en que quedó planteada la controversia por parte de los accionados, en consecuencia, se declara desecha la presente denuncia, y así se decide.

.....

**TEMA: PRINCIPIO INDEMNIZATORIO Y CORRECCIÓN
MONETARIA EN CASO DE RETARDO**

Máxima: el principio indemnizatorio que debe regir a favor del asegurado o tomador, en el sentido de que se deberá reconocer la pérdida del valor adquisitivo y ajustar monetariamente el valor del objeto como consecuencia del incumplimiento o retardo en el cumplimiento de la

obligación contraída, pero sin generar ventajas o especulaciones que resulte injusta y contraria a los derechos de los aseguradores.

Máxima: la indexación acordada tiene su origen o causa en el retardo procesal, esto es: la desvalorización del monto demandado durante el transcurso del proceso, y la necesidad restablecer el equilibrio económico causado al determinar los expertos que ha ocurrido el fenómeno económico de depreciación de la moneda, en cuyo caso procederá el ajuste.

EXTRACTO:

Con fundamento en lo establecido de los artículos 313 ordinal 2° del Código de Procedimiento Civil, el formalizante denuncia que la recurrida infringió por falsa aplicación el artículo 58 del Decreto Ley del Contrato de Seguros, y a tal efecto señala lo siguiente:

“En lo relativo al pedimento del actor, formulado en su libelo de demanda de que se acuerde la corrección monetaria o la indexación de las sumas reclamadas, a través de experticia complementaria, hasta que la demandada cumpla con las obligaciones demandadas, este Tribunal Superior, observa lo siguiente:

La Ley del Contrato de Seguro, establece en su artículo 58, lo que a continuación se transcribe:

“...El seguro no puede ser objeto de enriquecimiento para el asegurado o el beneficiario. Para la determinación del daño se atenderá al valor del interés asegurado en el momento inmediatamente anterior a la ocurrencia del siniestro. El beneficiario tendrá derecho a la corrección monetaria en el caso de retardo en el pago de la indemnización.”

La formalizante denuncia la falsa aplicación del artículo 58 del Decreto

con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicado Gaceta Oficial Extraordinario Nro. 5.553, del 12 de noviembre de 2001, pues considera que "...no se estableció que mi mandante se hubiese retardado en el pago de la indemnización...".

Manifiesta la recurrente que el presente juicio versa sobre una obligación de valor, es por ello que en el juzgador de alzada "...confunde con la corrección monetaria de las obligaciones nominativas, líquidas y exigibles, que no es el caso de las indemnizaciones derivadas de siniestros cubiertos por un contrato de seguros..." pues a su juicio, la naturaleza jurídica del contrato de seguro permite "...indemnizar un valor predeterminado en el contrato...", de allí deviene el carácter restrictivo de la corrección toda vez que "...está colocada en modo limitado a la ocurrencia de un evento sucesivo, no relacionado con el siniestro, como es el retardo en el pago de la indemnización..."

Para decidir, la Sala observa:

Al respecto, es oportuno señalar que la doctrina de esta Sala ha establecido que el juzgador incurre en el vicio de falsa aplicación de una norma jurídica cuando en una falsa relación entre los hechos contenidos en los autos y los previstos como supuesto de la norma jurídica que se aplica, es decir, cuando el juez aplica una determinada norma jurídica a una situación de hecho que no es la contemplada en ella.

De lo precedentemente expuesto, esta Sala en criterio reiterado ha sostenido, entre otras, vid. sentencia de fecha 12 de agosto de 2005, caso: sociedad mercantil Banco Latino S.A.C.A. y la sociedad mercantil Inversiones Amalgama C.A contra la sociedad mercantil Inversiones Fococam, C.A., que "...En cuanto a los motivos que generan la denuncia por infracción de ley, el artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, ordinal 2° prevé, ...la falsa aplicación de una norma jurídica, la cual supone la aplicación efectiva de una norma que ha realizado el juez, a una situación de hecho que no es la que ésta contempla..."

Precisado lo anterior, la Sala considera oportuno citar el artículo 58 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, en los siguientes términos:

“...Principio indemnizatorio.

Artículo 58. El seguro no puede ser objeto de enriquecimiento para el asegurado o el beneficiario. Para la determinación del daño se atenderá al valor del interés asegurado en el momento inmediatamente anterior a la ocurrencia del siniestro. El beneficiario tendrá derecho a la corrección monetaria en el caso de retardo en el pago de la indemnización...” (Resaltado por la Sala).

De la transcripción parcial de la norma *ut supra*, se infiere el principio indemnizatorio la cual debe regir a favor del asegurado o tomador, en el sentido de que se deberá reconocer la pérdida del valor adquisitivo y ajustar monetariamente el valor del objeto como consecuencia del incumplimiento o retardo en el cumplimiento de la obligación contraída, pero sin generar ventajas o especulaciones que resulte injusta y contraria a los derechos de los aseguradores.

Con respecto a las obligaciones de valor, estas comprenden un valor no monetario, sin embargo al momento de hacerse exigible ésta debe efectuarse mediante una suma o cantidad de dinero.

Así, el autor Eloy Maduro Luyando, señala en su obra que existen “... otras obligaciones de pagar sumas de dinero que no están regidas por el principio nominalístico, y se denominan obligaciones de valor, en las que el deudor debe indemnizar un valor patrimonial en el momento del pago...”. *Curso de obligaciones Derecho Civil III*. p.79. año 2009.

Ciertamente, la naturaleza de las obligaciones de valor, en principio, no representa una obligación de dinero, pues, el deudor se obliga no respecto al objeto sino mediante la entrega de una suma de dinero que re-

presenta el valor del objeto y estará cifrada para la fecha real y actual del cumplimiento de la prestación; es decir, el objeto será el punto de referencia para determinar el valor en dinero, cuyo riesgo de fluctuación corre por cuenta del deudor.

Lo anterior pone de manifiesto que el principio valorista se encuentra regido por las reglas de la compensación, lo cual permite actualizar el importe de la indemnización con arreglo al desajuste a la pérdida del valor adquisitivo, por el fenómeno de la inflación, y la tardanza de la indemnización del pago, lo cual se equipara con el deseo y proyección de justicia, pues con el decurso del tiempo cualquier medida adoptada no resultaría insuficiente para indemnizar íntegramente el daño causado.

Resulta entonces absolutamente necesario dejar en claro que la indexación acordada en este caso tiene su origen o causa en el retardo procesal, esto es: la desvalorización del monto demandado durante el transcurso del proceso, y la necesidad restablecer el equilibrio económico causado al determinar los expertos que ha ocurrido el fenómeno económico de depreciación de la moneda, en cuyo caso procederá el ajuste, para que la condena se refiera a la cantidad equivalente que fue reclamada en el libelo, todo lo cual se corresponde con los criterios tradicionales y reiterados fijados por esta Sala sobre el origen o causa de la indexación, el cual no es otro que el retardo procesal.

Sobre el particular, resulta fundamental citar el criterio asentado por la Sala Constitucional, mediante la sentencia de fecha 28 de abril de 2009, caso: recurso de revisión de Giancarlo Virtoli Billi, en cuya oportunidad estableció lo siguiente:

“...El poder adquisitivo de la moneda es algo inherente o intrínseco a ella, representa su real valor y como tal no tiene que ver ni con daños y perjuicios, ni con intereses devengados o por vencerse, ya que la indemnización de daños y perjuicios se calcula para la fecha de su liquidación judicial, con el valor que tenga para esa fecha, y la

tasa de interés -con sus posibles fluctuaciones- nada tiene que ver con el valor real de la moneda.

A juicio de esta Sala, la inflación per se como fenómeno económico, no es un hecho notorio, ni una máxima de experiencia; ella a su vez difiere de los estados especulativos, o de los vaivenes transitorios de los precios, y, repite la Sala, su existencia debe ser reconocida por los organismos económicos oficiales competentes para ello, y cuando ello sucede es que la inflación se considera un hecho notorio.

Una vez determinada la existencia del estado inflacionario, conocer su índice es también un problema técnico que debe ser señalado por los organismos que manejan las variables económicas y que por tanto puedan precisarlo. No se trata de un problema empírico que puede ser reconocido aduciendo que se trata de un hecho notorio, lo que no es cierto, ya que atiende a un concepto económico; ni que se conoce como máxima de experiencia común, ya que su reconocimiento y alcance es una cuestión técnica.

El efecto inflacionario radica en que la moneda pierde su poder adquisitivo, lo que como ya lo apuntó la Sala, es un valor intrínseco de ella... y por tanto surge la pregunta sí quien pretende el pago de una acreencia debe invocar o no expresamente se le indexe judicialmente la suma reclamada... dando por sentado que en un Estado social de derecho y de justicia (artículo 2 Constitucional) resulta lesivo que durante la época inflacionaria impere el artículo 1.737 del Código Civil, el cual establece la entrega de valor monetario numéricamente expresado para la acreencia, antes que el pago en dinero del valor ajustado (justo) que resulte de la inflación existente para el momento del pago.

...cuando las prestaciones demandadas no están interrelacionadas con nociones de orden público o de interés social, sino que la pretensión versa sobre derechos subjetivos de los accionantes, a quienes la ley (el Código de Procedimiento Civil), les exige señale los límites de la litis tanto en lo fáctico como en el objeto de la

pretensión, considera la Sala que la indexación debe ser solicitada por quien incoa el cobro, ya que como disposición de un derecho subjetivo, podría el accionante contentarse en recibir la misma cantidad a que tenía derecho para la fecha del vencimiento de la obligación insoluta o para antes de la demanda.

A juicio de esta Sala, quien pretende que su contraparte sea condenada, tomando en cuenta la indexación, debe pedirlo en autos expresamente, ya que a pesar de que puede en ciertas materias operar de pleno derecho (asuntos de orden público o interés social), tal ajuste responde a un derecho subjetivo de quien lo pretende, el cual no puede ser suplido por el juez, máxime cuando la ley (como luego se apunta en este fallo) trae un régimen de condenas que no es uniforme, y que por tanto exige peticiones para su aplicación.

Resulta injusto, que el acreedor reciba años después del vencimiento, el monto exigible de la acreencia en dinero devaluado, lo que lo empobrece y enriquece al deudor; a menos que exista por parte del acreedor una renuncia a tal ajuste indexado, la cual puede ser tácita o expresa, cuando la convención no contiene una cláusula escalatoria de valor.'

La Sala cree necesario un estudio de la apreciación que se acogió en el fallo objeto de la solicitud, según la que la indexación "comprende a la suma que resultaría de los intereses moratorios", lo que motivó que declarara sin lugar la petición de indexación de la solicitante. La Sala aprecia que está autorizada a la evaluación de tal afirmación, en tanto que ella impide la aplicación de la actualización monetaria. Además, dicha afirmación contradice el criterio que se expresó en el caso Teodoro de Jesús Colasante Segovia en el sentido de que "el poder adquisitivo de la moneda es algo inherente o intrínseco a ella, representa su real valor y como tal no tiene que ver ni con daños y perjuicios, ni con intereses devengados o por vencerse, ya que la indemnización de daños y perjuicios se calcula para la fecha de su liquidación judicial, con el valor que tenga para esa fecha, y la tasa de interés -con sus posibles fluctuaciones- nada tiene que ver con el valor real de la moneda...".

Del criterio jurisprudencial parcialmente transcrito se observa lo siguiente: 1) el poder adquisitivo de la moneda es algo inherente a ella, no tiene que ver ni con daños y perjuicios, ni con intereses devengados o por vencerse, ya que la indemnización de daños y perjuicios se calcula para la fecha de su liquidación judicial, con el valor que tenga para esa fecha, y la tasa de interés -con sus posibles fluctuaciones; asimismo, 2) la inflación per se no es un hecho notorio ni una ni una máxima de experiencia, por cuanto su existencia debe ser reconocida por los organismos económicos oficiales competentes, es decir se trata de un asunto técnico; 3) en el caso de que las prestaciones demandadas no están interrelacionadas con nociones de orden público o de interés social, pueden las partes solicitar dentro de los límites de la litis tanto en lo fáctico como en el objeto de la pretensión, la indexación, y no acordarla si ha sido válidamente invocada implicaría seria lesión a los valores y principios que propugna el artículo 2 de nuestra Carta Fundamental, como lo son la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad y en general, la preeminencia de los derechos humanos.

Por consiguiente, esta Sala de ninguna manera puede permitir que cuando se active el aparato jurisdiccional y se soliciten pagos de sumas de dinero, quede obviado el efecto del paso de tiempo sobre sumas de capital debidas por efecto del transcurso del proceso —cuando ha sido oportunamente solicitada—, pues esto sería tanto como tolerar que se emplee al sistema de justicia para retardar aun más el pago de obligaciones debidas, retener cantidades legítimas que suponen ser reinvertidas o utilizadas en virtud de la dinámica económica de las partes, y consentir luego de verificarse la condena, la devolución de dinero devaluado.

Por estas razones, si la indexación es solicitada con ocasión de pretensiones de derechos disponibles de las partes que haga necesario, restablecer el equilibrio económico roto acordando el ajuste válidamente solicitado, a los efectos de que el deudor pague las cantidades adeudadas en su equivalente valor para el momento del pago definitivo, la misma debe ser acorda-

das tal como lo dispone la regla general de las obligaciones según la cual, éstas "...deben cumplirse exactamente como han sido contraídas...".

Del criterio parcialmente transcrito y que en esta oportunidad se reitera, la indexación solicitada en el libelo persigue restablecer el equilibrio económico alterado por el aumento o disminución en el poder adquisitivo de la moneda durante el transcurso del proceso. Así, el ajuste o corrección monetaria tiene por única causa y justificación el retardo por el transcurso de este último, pues frente a la negativa del deudor de cumplir la obligación del pago, el acreedor acude al proceso para obtener una sentencia condenatoria y, por ende, la satisfacción de su acreencia, siendo la indexación el correctivo del que dispone el demandante para obtener el ajuste de la cantidad reclamada.

Este es el fundamento de la indexación acordada en la sentencia recurrida, al margen de que el juez de alzada haya hecho referencia al artículo 58 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicado en Gaceta Oficial Extraordinario Nro. 5.553, del 12 de noviembre de 2001, lo cual determina que cualquier error de derecho que el juez hubiese cometido en la interpretación y aplicación de dicha norma, no sería determinante en el dispositivo del fallo, ni daría lugar a la nulidad del fallo dictado en alzada.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01089.

FECHA: 26 de septiembre de 2012.

PARTES: Estado Bolivariano de Miranda contra La Venezolana de Seguros y Vida, C.A.

.....

TEMA: TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: en el concepto del contrato de seguro propuesto por la Ley del Contrato de Seguro, intervienen distintos elementos, dentro de los que resulta pertinente destacar, que la indemnización a la que se obligó Seguros Banvalor, C.A. afianzada a su vez por La Venezolana de Seguros y Vida, C.A., está subordinada a la ocurrencia de un evento denominado siniestro.

Máxima: se evidencia que la parte actora omitió probar que durante el lapso de vigencia del contrato de seguros suscrito con Seguros Banvalor C.A., (los primeros veinticuatro -24- días del mes de octubre de 2010), ocurrieron determinados siniestros, respecto a los que la compañía aseguradora no dio respuesta, es decir no cumplió con la obligación asumida en tal sentido. Siendo así y conforme lo alegaron los apoderados judiciales de La Venezolana de Seguros y Vida C.A., al no haberse demostrado la ocurrencia de los siniestros amparados por la póliza de seguros, mal podría exigirse de la afianzadora que le dé cumplimiento a la fianza otorgada y que precisamente tuvo por objeto responder por la cobertura de tales eventos, en caso de que Seguros Banvalor C.A., no lo hiciera.

EXTRACTO:

Desestimadas como fueron las referidas defensas preliminares, pasa a esta Sala a resolver el mérito del asunto con base en las siguientes razones:

Conforme fue señalado anteriormente, la parte actora alegó que en fecha 27 de agosto de 2010 suscribió un contrato con la sociedad mercantil Seguros Banvalor, C.A. (autenticado ante la Notaría Pública Trigésima Primera del Municipio Libertador, bajo el Nro. 44 del Tomo 337) y en razón de su incumplimiento, exigió la ejecución de la fianza que en relación a

la mencionada convención contractual fue otorgada por la empresa LaVenezolana de Seguros y Vida C.A, a su vez esta última rechazó la pretensión hecha valer en su contra con base en los alegatos que a continuación se resumen: se omitió indicar “si fueron o no [cancelados] los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, menos aún (...) cuáles fueron los montos supuestamente no pagados”. Igualmente sostuvo que la demandante incumplió el deber de especificar los supuestos daños y perjuicios que le produjo la terminación anticipada del contrato de seguros; no se comprobó el pago de la prima y alegó que no hay lugar a reclamar intereses moratorios e indexación, en razón de que se trata de cantidades que no fueron comprendidas en la fianza otorgada.

Ahora bien, antes de entrar a resolver las mencionadas defensas y visto que ambas partes reconocen como un hecho cierto que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas, acordó la intervención de la sociedad mercantil Seguros Banvalor, C.A., que es a su vez la afianzada en el contrato de fianza cuya ejecución es pretendida por la parte actora, corresponde verificar los efectos que tal circunstancia produjo en el caso.

En este orden de ideas se aprecia, que junto con el libelo de demanda fue consignada la Gaceta Oficial Nro. 39.516 de fecha 23 de septiembre de 2010 (a la cual esta Sala asigna pleno valor probatorio, con base en lo previsto en el artículo 432 del Código de Procedimiento Civil), en cuyo texto aparece publicada la Providencia Nro. FSS-2002716 de fecha 22 de septiembre de 2010, emanada de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de la que se acordó intervenir a la empresa Seguros Banvalor C.A. y en la que se lee:

“(...) Visto que este órgano de control considera menester hacer referencia al cambio normativo operado en el sector asegurador en fecha 29 de julio de 2010, oportunidad en la cual entró en vigencia la novísima Ley de la Actividad Aseguradora, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela (...) Visto que es

función primordial de esta Institución de conformidad con la Ley, tutelar el interés general, representado por los derechos y garantías de los tomadores, asegurados y beneficiarios de los contratos de seguros, de reaseguros establecidos tanto en la Ley de la Actividad Aseguradora como en la Ley Orgánica del Sistema Financiero. Visto que de conformidad con el artículo 5 de la Ley de la Actividad Aseguradora, este servicio desconcentrado, tiene como competencia el control, vigilancia, supervisión, regulación, inspección y fiscalización de la actividad aseguradora desarrollada en el país. Visto que derivado de la referida competencia de control y supervisión que detenta, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, podrá adoptar las medidas que estime necesarias para corregir las irregularidades observadas en las empresas de seguros, que incidan en su capacidad financiera, y por ende le imposibiliten dar cumplimiento a las obligaciones adquiridas por sus asegurados, tomadores y beneficiarios. Visto que la sociedad mercantil SEGUROS BANVALOR, C.A. es un sujeto sometido al control y regulación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, debidamente inscrita bajo el N° 105, mediante Resolución N° 3029 de fecha 09 de marzo de 1992 (...) Visto que en fecha 29 de julio de 2010, mediante comunicación signada con el N° FSS-2-2-004850/8552, notificada en esa misma fecha a la sociedad mercantil SEGUROS BANVALOR, C.A., esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en base al análisis de la información financiera mensual correspondiente al mes de junio de 2010, observó una Insuficiencia en la Representación de Reservas Técnicas, por la cantidad de BOLÍVARES OCHENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL QUINIEN- TOS NOVENTA Y OCHO CON CUARENTA Y CUATRO CÉNTIMOS (Bs. 89.927.598,44), lo que equivale a un Índice de Cobertura de Reservas Técnicas de 0,72 %. Ello en virtud que del análisis realizado a dicha información financiera, se evidenció que la cantidad reflejada en valores públicos es de Bolívares Fuertes 180.858.000,00, los cuales se encuentran depositados en custodia en el HSBC PRIVATE BANK, no siendo esta institución financiera un depositario

venezolano autorizado. Visto que a través de la comunicación antes identificada en el considerando anterior, se giró la instrucción de ajustar y constituir las reservas matemáticas, de riesgo en curso y de prestaciones y siniestros pendientes de pago, conforme a las disposiciones establecidas en los artículos 79, 80 y 81 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, vigentes para el momento de la ocurrencia de los hechos, remitiendo los soportes que sustenten las operaciones que haya efectuado para tal fin en un lapso no mayor de diez (10) días hábiles contados a partir de su notificación. Visto que a través de Providencia N° 3107 de fecha 19 de octubre de 2009, este órgano de control ratificó el contenido del Acta Especial N° 1 de fecha 28 de junio de 2009, levantada con ocasión de la Inspección Parcial ordenada mediante Providencia n° FSS-1117 de fecha 06 de abril de 2009, a los fines de verificar la Insuficiencia en la Representación de las Reservas Técnicas. Visto que sobre la instrucción girada por este órgano de control la sociedad mercantil SEGUROS BANVALOR, C.A., manifestó que efectivamente mantiene depositado en custodia en el HSBC PRIVATE BANK valores públicos por la cantidad antes señalada (...) Visto que la situación irregular persiste a la fecha sin que la sociedad mercantil SEGUROS BANVALOR, C.A. haya dado cumplimiento a las instrucciones impartidas por este órgano de control, en el lapso instruido para que ajuste, constituya o reclasifique las reservas matemáticas de riesgo en curso (...) con el fin de prevenir eventuales necesidades futuras para garantizar los riesgos asumidos por ésta, y pudiendo afectar esta inconsistencia el normal desarrollo de sus actividades propias así como la posible indemnización de los tomadores, asegurados, contratantes y beneficiarios. Visto que los hechos anteriores configuran el supuesto previsto en el artículo 99 numeral 2 de la reciente Ley de la Actividad Aseguradora. En virtud de las consideraciones de hecho y de derecho anteriormente expuestas (...) DECIDE: PRIMERO: Intervenir de conformidad con el artículo 99 numeral 2 de la Ley de la Actividad Aseguradora a la empresa SEGUROS BANVALOR, C.A. (...) SEGUNDO: Sustituir a los administradores, a la Jun-

ta Directiva y a la Asamblea de Accionistas de la empresa SEGUROS BANVALOR, C.A., en el ejercicio de sus funciones por una Junta Interventora (...) quienes quedan expresamente facultados, previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, para tomar todas las decisiones de administración y disposición que juzguen necesarias y convenientes para la mejor defensa de los tomadores, asegurados, beneficiarios, trabajadores, reaseguradores y acreedores de la antes identificada empresa de seguros. Por ende, los mencionados ciudadanos no podrán vender activos de la empresa, ni contratar asesores, sin la autorización previa de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (...) TERCERO: Se acuerda notificar de las decisiones adoptadas en el presente acto administrativo, a los fines legales consiguientes, al Ministro del Poder Popular de Planificación y Finanzas, a la Procuradora General de la República (...). (SIC) (Destacado de la Sala).

Conforme se aprecia, al advertir “una Insuficiencia en la Representación de Reservas Técnicas” y con el fin de “prevenir eventuales necesidades futuras para garantizar los riesgos asumidos (...) pudiendo afectar esta inconsistencia el normal desarrollo de [las] actividades (...) así como la posible indemnización de los tomadores, asegurados, contratantes y beneficiarios”, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora acordó intervención de la sociedad mercantil Seguros Banvalor, S.A., en atención a lo previsto en el artículo 99 de la Ley de la Actividad Aseguradora publicada en la Gaceta Oficial Nro. 5.990 de fecha 29 de julio de 2010, el cual dispone:

“La Superintendencia de la Actividad Aseguradora procederá a la intervención de la empresa, cuando se verifique cualquiera de los siguientes supuestos: 1. Las medidas ordenadas no fueron suficientes para resolver las situaciones que las motivaron. 2. Los accionistas no repusieron el capital o el déficit en el patrimonio propio no comprometido o la insuficiencia en la constitución o la representación de las reservas técnicas, en el lapso estipulado, de

acuerdo con las medidas que a tal fin haya sido dictadas. El o la Superintendente de la Actividad Aseguradora designará, como mínimo tres interventores y procederá conforme a lo dispuesto en esta Ley. Los interventores deben presentar en un lapso de treinta días hábiles a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora un inventario inicial de los activos y pasivos de la empresa intervenida, en cuya elaboración debe participar un funcionario o funcionaria de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. La providencia administrativa mediante la cual se designa la Junta Interventora se remitirá al Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de fianzas a los fines de su publicación en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela”. (Destacado de la Sala).

Ahora bien, con posterioridad a la intervención de Seguros Banvalor, C.A., acordada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, ambas partes coinciden en admitir como un hecho cierto, que la Junta Interventora designada publicó en el diario Últimas Noticias, un aviso de prensa de fecha 24 de octubre de 2010, cuyo contenido es el siguiente:

“AVISO PUBLICO. La Junta interventora de Seguros Banvalor C.A. previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora en ejercicio de sus facultades de tomar todas las decisiones de administración y disposición necesarias para la mejor defensa de los tomadores, asegurados, beneficiarios, trabajadores y trabajadoras, aseguradoras y acreedores de Seguros Banvalor C.A. informa a todos los usuarios, productores de seguros y de reaseguros, trabajadores y trabajadoras, compañías de reaseguros, talleres mecánicos, centros y clínicas de salud y en general a todas las personas vinculadas con la referida aseguradora. Que en el proceso de intervención, se evidenció que la compañía presenta unos indicadores de liquidez y solvencia que no alcanzan los requeridos en el ordenamiento jurídico vigente para el funcionamiento y operatividad de las empresas de seguros, observándose a la fecha, entre otras obligaciones y compromisos que requieren de atención inmediata

(...) Situación que compromete significativamente la capacidad de la empresa Seguros Banvalor C.A. para responder a las obligaciones contraídas con los tomadores, asegurados, beneficiarios, trabajadores y acreedores. En tal sentido se ha decidido el CESE DE LAS OPERACIONES de la sociedad mercantil SEGUROS BANVALOR C.A. en consecuencia a partir de la publicación del presente aviso se dan por terminados anticipadamente los contratos de seguros vigentes a la fecha (...). (Mayúsculas de la cita) (Destacado de la Sala).

Como se observa, la Junta Interventora de Seguros Banvalor C.A. a partir del 24 de octubre de 2010, expresamente decidió la terminación anticipada de los contratos de seguro que estuvieren vigentes para esa fecha, lo cual implica que el contrato Nro. DGCJ-0059-1-2010, suscrito el 27 de agosto de 2010, entre la parte actora y Seguros Banvalor C.A., quedó extinguido, lo cual a su vez conlleva (por así haberse estipulado en la cláusula sexta de dicha convención contractual), el cese de la cobertura para los asegurados. En efecto, la referida estipulación establece: “Los beneficios otorgados por el presente Contrato cesarán automáticamente al momento en que ocurra cualquiera de las siguientes circunstancias: Terminación del presente Contrato. Terminación de la relación laboral del asegurado con “LA GOBERNACIÓN”. Muerte del Asegurado. (Destacado de la Sala).

Siendo pertinente agregar, que la prohibición prevista en el último aparte del artículo 53 de la Ley del Contrato de Seguro (Gaceta Oficial Nro. 5.553 de fecha 12 de noviembre de 2001), esto es: “(...) No procederá la terminación anticipada de la póliza en los casos de seguros obligatorios ni en los seguros de personas”, no aplica en el caso, toda vez que la decisión de dar por terminado el referido contrato de seguros, no emanó de alguna de las partes que lo suscribieron, sino que respondió a lo acordado por la antes aludida Junta Interventora, al evidenciar “(...) que la compañía[Seguros Banvalor, C.A.] presenta unos indicadores de liquidez y solvencia que no alcanzan los requeridos en el ordenamiento jurídico vigente para el funcionamiento y operatividad de las empresas de seguros, (...) Situación que compromete significativamente [su] capacidad (...) para responder a

las obligaciones contraídas con los tomadores, asegurados, beneficiarios, trabajadores y acreedores (...).

Ahora bien, al haberse decidido la terminación del contrato Nro. DGCJ-0059-1-2010, suscrito el 27 de agosto de 2010 entre la demandante y Seguros Banvalor, C.A., corresponde verificar los efectos que tal circunstancia generó respecto de la fianza cuya ejecución se pretende (otorgada por La Venezolana de Seguros, C.A. con ocasión de la referida convención contractual) y en tal sentido resulta oportuno la cita de lo contemplado en los artículos 2 y 3 de las Condiciones Generales de la misma, que disponen:

Artículo 2. “Los incumplimientos que cubre este contrato son los que ocurran durante su vigencia”.

Artículo 3. “El vencimiento del plazo de este contrato no extingue la responsabilidad de LA COMPAÑÍA para con EL ACREEDOR, si el incumplimiento de EL AFIANZADO hubiere ocurrido durante la vigencia de la misma, siempre que EL ACREEDOR hubiere cumplido las obligaciones previstas en este contrato”.

Conforme se aprecia, si bien por una parte se establece que el deber del fiador se circunscribe a aquellas obligaciones que se causen durante la vigencia del contrato, lo cual se corresponde con lo previsto en el artículo 1.830 del Código Civil, que dispone: “La obligación del fiador se extingue por la extinción de la obligación principal y por las mismas causas que las demás obligaciones”, por otra parte se dispuso que la fiadora, aun y cuando hubiere expirado el término del contrato, debe responder por el incumplimiento de la afianzada, siempre que este hubiere ocurrido mientras estuvo vigente la relación contractual.

En este orden de consideraciones y aplicando las anteriores premisas al caso, ello implica que si durante los primeros veinticuatro (24) días del mes de octubre de 2010 (que fue el plazo que estuvo vigente el contrato de seguros respecto al cual se otorgó la fianza), ocurrió un incumplimiento por parte de Seguros Banvalor C.A., la fiadora debe responder por el

mismo, no obstante la extinción de la relación contractual y en tal virtud la acreedora estaría legitimada para hacer valer lo previsto en el artículo 1° de las Condiciones Generales del contrato de fianza, el cual dispone: LA COMPAÑÍA indemnizará a EL ACREEDOR hasta el límite de la suma afianzada en el presente contrato de fianza, los daños y perjuicios que le cause el incumplimiento por parte de EL AFIANZADO de las obligaciones que este contrato garantiza, siempre que dicho incumplimiento sea por falta imputable a EL AFIANZADO. (Destacado de la Sala).

Precisado lo anterior, corresponde verificar si la demandante, conforme lo alegaron los apoderados judiciales de la sociedad mercantil La Venezolana de Seguros y Vida, C.A. (entre otras defensas), demostraron los daños y perjuicios causados por el presunto incumplimiento de la empresa Seguros Banvalor C.A., respecto de las obligaciones que esta última asumió al suscribir el contrato Nro. DGCJ-0059-1-2010 de fecha 27 de agosto de 2010. En tal sentido y de un examen de la referida convención contractual (a la que esta Sala le asigna pleno valor probatorio con base en lo previsto en el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil, por tratarse de la copia de un documento autenticado), se aprecia que en ella se dispuso:

“(...) PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO. El objeto del presente contrato, es garantizar mediante la suscripción del mismo al personal de LA GOBERNACIÓN y sus familiares cubiertos por la Póliza de acuerdo a lo señalado en los requerimientos del Concurso Abierto N° 029-2010, cuyo pliego de Condiciones y Oferta forman parte integrante del presente contrato, “una indemnización o cobertura de los gastos médicos incurridos durante la vigencia de la póliza, ocasionados por intenciones médicas, hospitalarias o intervenciones quirúrgicas a las cuales deba someterse el asegurado o beneficiario, por cada enfermedad o accidente originario durante la vigencia de la póliza y cubierto por la misma. El monto de los gastos cubiertos por este Contrato Póliza será como máximo la suma asegurada, la cual será aplicada por asegurado y por caso, en cada año póliza (...) SÉPTIMA: COBERTURA. El presente contrato garantiza el 100% de

los gastos amparados y hasta por los montos de la cobertura, los cuales son para Hospitalización y Cirugía: a los empleados y familiares hasta por la cantidad de Bolívars Cuarenta Mil (Bs. 40.000,00), como Plan Básico y Bolívars Cien Mil (Bs. 100.000,00) por Exceso de Cobertura. La cobertura de Maternidad hasta Bolívars Quince Mil (15.000,00) y los Servicios Funerarios hasta Bolívars Dieciocho mil (18.000,00). La cobertura incluye gastos Odontológicos” OCTAVA: ENFERMEDADES, TRATAMIENTOS Y SERVICIOS QUE TENDRÁN COBERTURA POR ESTA PÓLIZA: Tendrán cobertura todas las enfermedades, ya sea por hospitalización, cirugía y maternidad, gastos ambulatorios y de servicios odontológicos, derivados de patologías o accidentes contemplados, inclusive los que se especifican a continuación (...) CONDICIONES ESPECIALES: LA EMPRESA se compromete a otorgar claves de emergencia las veinticuatro horas (24), de los trescientos sesenta y cinco (365) días del año en todo el territorio nacional. Asimismo, se compromete a emitir cartas avals en un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas en el territorio nacional. Así como a pagar los reembolsos en un cien por ciento (100%) (...) La cobertura de Servicios Funerarios cubre al titular y a su grupo familiar (...) Esto incluye SERVICIO FUNERARIO O CREMACIÓN (...). (Destacado de la Sala).

Conforme se advierte, Seguros Banvalor, C.A., se obligó a pagar “durante la vigencia de la póliza” una “indemnización o cobertura de los gastos médicos incurridos durante la vigencia de la póliza, ocasionados por intenciones médicas, hospitalarias o intervenciones quirúrgicas a las cuales deba someterse el asegurado o beneficiario, por cada enfermedad o accidente originario durante la vigencia de la póliza y cubierto por la misma”, siempre que estos no superen el monto asegurado, lo cual se corresponde con lo previsto en el artículo 5 de la Ley del Contrato de Seguro, que dispone:

“El contrato de seguro es aquel en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de ries-

gos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por una póliza (...). (Destacado de la Sala).

Como se observa, en el concepto del contrato de seguro propuesto por la Ley, intervienen distintos elementos, dentro de los que resulta pertinente destacar (atendiendo a los argumentos de defensa esgrimidos por la demandada), que la indemnización a la que se obligó Seguros Banvalor, C.A. afianzada a su vez por La Venezolana de Seguros y Vida, C.A., está subordinada a la ocurrencia de un evento denominado siniestro. Corrobora esta conclusión lo establecido por esta Sala Político-Administrativa en el fallo Nro. 00575 de fecha 4 de mayo de 2011, en él se lee:

“(...) contrato de seguros, en el que a tenor de lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto con Fuerza de Ley del contrato de seguros, la empresa de seguros a cambio del pago de una prima, asumió las consecuencias de riesgos ajenos que no se produjesen por acontecimientos que dependieran enteramente de la voluntad del beneficiario -Gobernación del Estado Bolívar-, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por la póliza y cuyas partes en el contrato, son la empresa de seguros -Seguros Guayana, C.A.- y el tomador, asegurado y beneficiario de la póliza, Gobernación del Estado Bolívar, siendo los riesgos amparados, como quedó dicho, el riesgo de casco y las ampliaciones de cobertura: Pistas No Autorizadas; Responsabilidad Civil ante terceros (R. C. T.) (Lesiones corporales y daños materiales, excluyendo pasajeros); y Responsabilidad Civil ante terceros AV-52E (R. C. T.). (...) Al respecto, esta Sala observa: El riesgo es definido en Derecho de

seguros como el suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del asegurado, en tanto que el siniestro es ese mismo suceso pero ya materializado, técnicamente, el siniestro es la realización del riesgo (...) Sobre las nociones de riesgo y siniestro -conceptos bien diferenciados en Derecho de seguros-, nuestro ordenamiento jurídico dispone en los artículos 30, 36 y 37 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro lo siguiente: “(...) Artículo 37. El siniestro es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la empresa de seguros. Si el siniestro ha continuado después de vencido el contrato, la empresa de seguros responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después de que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta de la empresa de seguros, ésta queda relevada de su obligación de indemnizar. El tomador, el asegurado o el beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza, pero la empresa de seguros puede probar que existen circunstancias que según el contrato de seguro o la ley la exoneran de responsabilidad. (...)”. (Destacado de esta decisión).

Establecido lo anterior y tomando en cuenta que la fianza otorgada por la demandada tuvo por objeto indemnizar a El Acreedor hasta el monto de la suma afianzada en el contrato, los daños y perjuicios que le cause el incumplimiento de El Afianzado, entiéndase Seguros BanValor, es decir los siniestros ocurridos y no cancelados y aquellos liquidados y no pagados dentro de los primeros veinticuatro (24) días del mes de octubre de 2010, en consecuencia estos debieron ser determinados y cuantificados (en el sentido de los montos en bolívares que correspondan a cada siniestro), en los listados que a tal efecto hubiere levantado El Acreedor. Por lo tanto y tomando igualmente en cuenta lo previsto en el artículo 1.806 del Código Civil, que dispone: “La fianza no puede exceder de lo que debe el deudor, ni constituirse bajo condiciones más onerosas (...)”, su ejecución deberá estar circunscrita al pago de las indemnizaciones a que hubiere lugar, las

cuales como antes se indicó, están subordinadas a la demostración de la ocurrencia del siniestro que estuviere comprendido en la cobertura originalmente contratada.

En este orden de ideas y de un examen de las actas que integran el expediente, se evidencia que la parte actora omitió probar que durante el lapso de vigencia del contrato de seguros suscrito con Seguros Banvalor C.A., (los primeros veinticuatro -24- días del mes de octubre de 2010), ocurrieron determinados siniestros, respecto a los que la compañía aseguradora no dio respuesta, es decir no cumplió con la obligación asumida en tal sentido. Siendo así y conforme lo alegaron los apoderados judiciales de La Venezolana de Seguros y Vida C.A., al no haberse demostrado la ocurrencia de los siniestros amparados por la póliza de seguros, mal podría exigirse de la afianzadora que le dé cumplimiento a la fianza otorgada y que precisamente tuvo por objeto responder por la cobertura de tales eventos, en caso de que Seguros Banvalor C.A., no lo hiciera.

Por lo tanto, con base en las anteriores consideraciones y al no existir plena prueba de los hechos alegados, esta Sala, con base en lo previsto en el artículo 254 del Código de Procedimiento Civil, debe declarar sin lugar la demanda planteada. Así se decide.

En atención del anterior pronunciamiento se deja sin efecto la medida preventiva de embargo acordada por esta Sala mediante decisión Nro. 01764 de fecha 15 de diciembre de 2011. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01214.

FECHA: 24 de octubre de 2012.

PARTES: Sanitas de Venezuela S.A., contra Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

.....
TEMA: INTERPRETACIÓN CONTRACTUAL

Máxima: la interpretación de los contratos es una actividad no solo atinente al significado derivado literalmente de las palabras con las cuales fueron suscritos, sino a todas aquellas consecuencias que puedan surgir de las obligaciones asumidas, tanto para su perfeccionamiento como para su ejecución, según lo establecido en la Ley, los principios de equidad y la buena fe de los contratantes. Igualmente, cuando dichos acuerdos presentan obstáculos interpretativos, el juez estará facultado para indagar la voluntad contractual de las partes, a la luz de la función económica que se pretendía.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala, resolver la apelación interpuesta por los apoderados judiciales de la sociedad mercantil SANITAS VENEZUELA S.A., contra la sentencia Nro. 2011-0708 de fecha 3 de mayo de 2011, que declaró sin lugar el recurso de nulidad incoado contra la Resolución s/n de fecha 18 de diciembre de 2007 emanada del CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO PARA LA DEFENSA Y EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y DEL USUARIO (INDECUI) –hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS)-, que desestimó el recurso jerárquico interpuesto y confirmó la decisión mediante la cual fue declarado sin lugar el recurso de reconsideración planteado, así como la multa impuesta a la recurrente por la cantidad de DIECISIETE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL BOLÍVARES (Bs.17.640.000,00) ahora expresados en DIECISIETE MIL SEISCIENTOS CUARENTA BOLÍVARES (Bs. 17.640,00), por la presunta trasgresión del artículo 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario y con ocasión del procedimiento administrativo que se inició en virtud de la denuncia formulada por la ciudadana María Amposta de De Pinho, antes identificada.



Precisado lo anterior, Se advierte que la cláusulas primera y cuarta del contrato (numeral 1.17), establecen: “(...) CLÁUSULA PRIMERA. DEFINICIONES: (...) Afección crónica. Enfermedad habitual, permanente o recidivante o aquella que permanezca por más de seis (6) meses consecutivos (...) CLÁUSULA CUARTA: EXCLUSIONES O LIMITACIONES CONTRACTUALES. SANITAS excluye expresamente la prestación de servicios en los siguientes casos: (...) 1.17. Tratamientos o cirugías por afecciones crónicas (...)”.

Como se observa, de resultar necesario administrar un tratamiento o llevar a cabo una cirugía que tenga por causa una afección crónica, la recurrente está exonerada de prestar el servicio por el cual fue contratada. Siendo importante destacar que son cuatro (4) los supuestos previstos (enfermedad habitual, permanente, recidivante o aquella que permanezca por más de seis (6) meses consecutivos), para considerar que se está en presencia de dicha afección.

Ahora bien, tomando en cuenta que la exoneración prevista en la referida estipulación contractual es precisamente uno de los aspectos controvertidos en este proceso judicial, toda vez que la denunciante sostuvo que el servicio que requirió “Terapia respiratoria a Domicilio”, no se trata de una “afección crónica”, le corresponde a este órgano jurisdiccional efectuar la interpretación del mencionado contrato y en tal sentido resulta pertinente la cita de lo previsto en el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, el cual establece:

“Los jueces tendrán por norte de sus actos la verdad, que procurarán conocer en los límites de su oficio. En sus decisiones el Juez debe atenerse a las normas del derecho, a menos que la Ley lo faculte para decidir con arreglo a la equidad. Debe atenerse a lo alegado y probado en autos, sin poder sacar elementos de convicción fuera de éstos, ni suplir excepciones o argumentos de hecho

no alegados ni probados. El Juez puede fundar su decisión en los conocimientos de hecho que se encuentren comprendidos en la experiencia común o máximas de experiencia. “En la interpretación de los contratos o actos que presenten oscuridad, ambigüedad o deficiencia, los Tribunales se atendrán al propósito y a la intención de las partes o de los otorgantes, teniendo en miras las exigencias de la ley, de la verdad y de la buena fe”. (Destacado de la Sala).

Conforme a lo dispuesto en la norma antes transcrita, debe esta Sala señalar que la interpretación de los contratos es una actividad no solo atinente al significado derivado literalmente de las palabras con las cuales fueron suscritos, sino a todas aquellas consecuencias que puedan surgir de las obligaciones asumidas, tanto para su perfeccionamiento como para su ejecución, según lo establecido en la Ley, los principios de equidad y la buena fe de los contratantes.

Igualmente, cuando dichos acuerdos presenten obstáculos interpretativos, el juez estará facultado para indagar la voluntad contractual de las partes, a la luz de la función económica que se pretendía. (Vid. Sentencias de esta Sala Nros. 4234, 5375 y 255 de fechas 16 de junio y 4 de agosto de 2005; y 14 de febrero de 2007, respectivamente)

De esta manera, la interpretación realizada por el Juez con miras a esclarecer la voluntad de las partes en la relación contractual es una operación que profundiza sobre la letra del contrato, consistente en determinar los resultados queridos por estas y las consecuencias de la declaración de su voluntad, teniendo siempre como norte las exigencias de la Ley.

.....
TEMA: ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS CARACTERÍSTICAS

Máxima: el significado de los siguientes términos: habitual, permanente y recidiva son características con las que la recurrente identifica las “afecciones crónicas”. La

real academia las define de la siguiente manera: Habitual: “Que se hace, padece o posee con continuación o por hábito. Permanente: “Que permanece” Recidiva: “Reaparición de una enfermedad algún tiempo después de padecida”.

Máxima: de las nociones “habitual” y “permanente” solo puede establecerse que se trata de un padecimiento en el que el factor temporal se incorpora como un elemento esencial. Sin embargo, no hay forma de deducir cuánto tiempo ha de transcurrir para concluir que determinada enfermedad sea identificada dentro de dichos supuestos y por ende (según el contrato), una “afección crónica”. Por otra parte, y en lo que se refiere a la definición de la palabra “recidiva” tampoco puede colegirse, cuánto tiempo debe ser computado para considerar que determinado padecimiento de salud corresponde identificarlo en esa categoría.

EXTRACTO:

Precisado lo anterior, resulta indispensable indagar sobre el significado de los siguientes términos: habitual, permanente y recidiva visto que son tales características con las que la recurrente identifica las “afecciones crónicas”, además del supuesto referido a la enfermedad que permanezca por más de seis (6) meses consecutivos.

En este orden de ideas se aprecia que según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, Vigésima Segunda Edición, en la impresión realizada en octubre de 2001 por la Editorial Espasa Calpe, S.A., las referidas palabras son definidas de la siguiente forma:

-Habitual: “Que se hace, padece o posee con continuación o por hábito”. (Tomo II. Pág. 1.183).

-Permanente: “Que permanece”. (Tomo II. Pag.1.734).

-Recidiva: “Reaparición de una enfermedad algún tiempo después de padecida”. (Tomo II. Pág. 1.913).

Como se observa, la definición que de los mencionados términos aparece en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, nos permite inferir con claridad en cuáles casos se está en presencia de una afección crónica. De las nociones “habitual” y “permanente” (asociadas a la enfermedad), solo puede establecerse que se trata de un padecimiento en el que el factor temporal se incorpora como un elemento esencial. Sin embargo, no hay forma de deducir cuánto tiempo ha de transcurrir para concluir que determinada enfermedad sea identificada dentro uno de dichos supuestos y por ende (según el contrato), una “afección crónica”. Por otra parte, y en lo que se refiere a la definición de la palabra “recidiva” tampoco puede colegirse, cuánto tiempo debe ser computado para considerar que determinado padecimiento de salud corresponde identificarlo en esa categoría.

Adicionalmente y con relación al supuesto en el que se indica un lapso determinado (enfermedad que permanezca por más de seis (6) meses consecutivos), advierte la Sala que se omite identificar el tipo de padecimiento, de modo que se tendría por crónica (según lo estipulado en el contrato), toda afección de salud (con independencia de su naturaleza) que supere el referido período.

De modo que las citadas estipulaciones del contrato (atendiendo a las razones expresadas), fueron redactadas de un modo general y abstracto, no obstante que las mismas contemplan una exoneración de la responsabilidad de la recurrente respecto al servicio contratado. Tal circunstancia, conlleva a que se produzca un desequilibrio en la relación contractual, generando una ventaja para la empresa prestadora del servicio, que puede escoger arbitrariamente (dentro un amplio rango de supuestos), qué

casos encuadran dentro de las categorías referidas para ser considerados “afecciones crónicas”.

A su vez advierte esta Sala, que de la estipulación contractual (4ta/1.17), cuya nulidad fue declarada por el tribunal de la causa no se desprende que se hubiere establecido algún mecanismo mediante el cual pueda concluirse que determinado tratamiento (el que fuere requerido por la usuaria del servicio), tiene por causa una “afección crónica”. En efecto, la disposición objeto de análisis, se limita a exonerar de responsabilidad a la recurrente, en los casos que se trate de “Tratamientos o cirugías por afecciones crónicas”, ante lo cual cabe preguntarse quién determina que determinado tratamiento es consecuencia de dicho padecimiento.

.....
TEMA: CONTRATO DE SEGURO (ALZHEIMER)

Máxima: como se observa, si bien el referido informe relaciona “infección de las vías respiratorias por incapacidad en el manejo de las secreciones” con la enfermedad de Alzheimer, la cual a su vez es identificada como irreversible y por ende como una afección crónica, no se aprecia que dicho estudio hubiere sido efectuado respecto a la paciente que solicitó el servicio de “Terapia Respiratoria a Domicilio”. Se trata del señalamiento de diferentes consideraciones generales sobre un padecimiento de salud y del que resulta imposible verificar (al no tratarse de los resultados obtenidos luego del examen de un paciente), si en efecto la referida “Terapia Respiratoria a Domicilio” requerida en el caso, atendió a la afección crónica presuntamente padecida por quien la solicitó.

Máxima: respecto al supuesto de exoneración de responsabilidad de la recurrente, relativo al hecho de que

la “enfermedad permanezca por más de seis (6) meses consecutivos”, aprecia la Sala que de la mencionada estipulación contractual no se infiere el modo de constatar que dicho lapso transcurrió sin interrupciones, es decir que el paciente estuvo enfermo todos y cada uno de los días que integran el señalado período. Lo cual adquiere relevancia en el caso, toda vez que la paciente se encontraba en su domicilio.

EXTRACTO:

Ahora bien, de un examen de las actas que integran el referido expediente administrativo, se advierte que cursa inserta una comunicación de fecha 23 de marzo de 2005, mediante la cual SANITAS VENEZUELA, S.A., manifestó:

“(...) En atención a la solicitud de reconsideración para el pago de los gastos relacionados con la Terapia Respiratoria a Domicilio (...) En fecha 16 de febrero de 2005, fue recibida en nuestras oficinas solicitud de autorización para el pago de los gastos (...) económicos relacionados con el servicio antes indicado, producto de un mal manejo de secreciones secundario a estado de demencia avanzado, servicio de que se ha venido prestando desde el mes de Julio del año 2004. Tal y como es de su conocimiento, la anterior solicitud no fue autorizada, puesto que la afección en cuestión (...) evidenciada en el informe médico de fecha 16 de febrero de 2005, es una afección crónica”. (Destacado de la Sala)

Conforme se aprecia, SANITAS VENEZUELA, S.A. sostuvo que la “Terapia Respiratoria a Domicilio” que le fue requerida es producto de un “mal manejo de secreciones secundario a estado de demencia avanzado”, que según el informe médico aludido, se trata de una afección crónica. Cabe preguntarse (tomando en cuenta los hechos controvertidos en el caso), quien estableció que el referido tratamiento es en efecto consecuencia del señalado padecimiento y su condición de crónico.

En este orden de ideas, se advierte que la copia certificada del informe médico sin fecha (suscrito por una ciudadana que se identificó como: Dra. Radana Bondemay. CI. 17.563.045. SAS. 48.089), en el que se apoyó la recurrente para rechazar la cobertura reclamada y que forma parte de las actuaciones que integran el expediente administrativo anteriormente valorado, indica lo siguiente:

“(...) La Enfermedad de Alzheimer. La Enfermedad de Alzheimer es tal vez la más importante enfermedad neurodegenerativa por su presencia y naturaleza destructiva, a tal punto de constituir un grave problema de Salud Pública. La enfermedad de Alzheimer es la más común de las demencias (...) Muchos de los primeros síntomas de la enfermedad de Alzheimer pueden no ser percibidos fácilmente porque se parecen a los signos naturales del envejecimiento, tales como el olvido, pérdida de la concentración, así como problemas motrices y de lenguaje, incluyendo dificultades para hablar y caminar. Los signos de deterioro van aumentando rápidamente, sobre todo la alteración de la memoria y la atención. (...) Con el de cursar de los años el paciente Alzheimer, se vuelve totalmente dependiente, poco a poco los problemas se van haciendo más comunes. Todas aquellas pocas actividades que todavía podía realizar desaparecen por completo, la operación de cálculo más sencilla no podrá realizarla. La comunicación se hace imposible. Comienza un deterioro físico (cambios de postura, afectación del todo muscular) y mental (...) progresivo. El paciente Alzheimer termina encamado presentado otros problemas, incontinencia urinaria y fecal, escaras, infección de las vías respiratorias por incapacidad en el manejo de las secreciones, infecciones urinarias y otras complicaciones, que podrán ser fatales para la vida”. (Destacado de la cita) (SIC).

Como se observa, si bien el referido informe relaciona “infección de las vías respiratorias por incapacidad en el manejo de las secreciones” con la enfermedad de Alzheimer, la cual a su vez es identificada como irreversible

y por ende como una afección crónica, no se aprecia que dicho estudio hubiere sido efectuado respecto a la paciente que solicitó el servicio de “Terapia Respiratoria a Domicilio”. Se trata del señalamiento de diferentes consideraciones generales sobre un padecimiento de salud y del que resulta imposible verificar (al no tratarse de los resultados obtenidos luego del examen de un paciente), si en efecto la referida “Terapia Respiratoria a Domicilio” requerida en el caso, atendió a la afección crónica presuntamente padecida por quien la solicitó.

Por otra parte, y respecto al supuesto de exoneración de responsabilidad de la recurrente, relativo al hecho de que la “enfermedad permanezca por más de seis (6) meses consecutivos”, aprecia la Sala que de la mencionada estipulación contractual no se infiere el modo de constatar que dicho lapso transcurrió sin interrupciones, es decir que el paciente estuvo enfermo todos y cada uno de los días que integran el señalado período. Lo cual adquiere relevancia en el caso, toda vez que la paciente se encontraba en su domiciliomal.

De modo que, con base en las anteriores razones comparte esta Sala la conclusión a la que arribó el a quo, esto es, que la limitación de la responsabilidad de la recurrente (en su carácter de empresa aseguradora), contenida en la cláusula cuarta numeral 1/17 del Contrato de Seguros, constituye una cláusula abusiva al contemplar una condición injusta que derivó en perjuicio de la asegurada y en consecuencia se desestima por improcedente la denuncia que en sustento a dicha circunstancia fue alegada por los apoderados judiciales de la recurrente, esto es, el error de juzgamiento por errónea interpretación de los numerales 1 y 8 del artículo 87 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario. Así se decide.

Finalmente, y atendiendo a que el anterior pronunciamiento representa que queda reconocido implícitamente el derecho de la denunciante a la cobertura del siniestro o al pago, por vía de reembolso, de los gastos en los cuales haya podido incurrir como consecuencia del tratamiento que requirió y no le fue prestado, debe la Sala (conforme ya lo hizo ante una

situación similar. Vid fallo Nro. 00195 de fecha 8 de marzo de 2012 -antes citado-) y con fundamento en el artículo 2 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, conforme al cual Venezuela se constituye en un “Estado democrático y social de Derecho y de Justicia”, en concordancia con el artículo 3 eiusdem y con los artículos 1, 7, numeral 17, 129 y 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora (publicada en Gaceta Oficial N° 5.990 Extraordinario, de fecha 29 de julio de 2010), ordenar al Superintendente de la Actividad Aseguradora que oficie a la sociedad mercantil Sanitas Venezuela, S.A., a los fines de que esta remita informe a dicho órgano de control, acerca del cumplimiento de la obligación establecida en el mencionado artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora, el cual a la letra reza lo siguiente:

“Los tomadores, asegurados o beneficiarios de los seguros y los contratantes de planes o servicios de salud de medicina prepagada, tienen derecho a recibir la indemnización que le corresponda, en un lapso que no exceda de treinta días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que se haya entregado el último recaudo o del informe de ajuste de pérdidas, si fuese el caso. En consecuencia, las empresas de seguros o de medicina prepagada estarán obligadas a hacer efectivas las indemnizaciones antes del vencimiento del referido lapso, so pena de incurrir en responsabilidad administrativa por retardo en el cumplimiento de sus obligaciones. Igualmente tienen derecho a ser notificados por escrito dentro del lapso antes señalado, de las causas de hecho y de derecho que justifican el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida. El incumplimiento de la obligación aquí descrita, por parte de los sujetos regulados, generará la correspondiente responsabilidad administrativa por rechazo genérico. Se entiende que las empresas de seguros o de medicina prepagada han eludido el cumplimiento de sus obligaciones cuando exista falta de pago o ausencia de respuesta ante la solicitud de pago de las coberturas previstas en una determinada póliza; cuando utilicen artificios para no asumir su responsabilidad.

Lo dispuesto en el presente artículo aplicará igualmente en los casos de fianzas emitidas por empresas de seguros autorizadas para ello. En los casos de rechazo o elusión los sujetos regulados a que se refiere este artículo, tienen la obligación de probar la improcedencia del reclamo.”.

Recibido el informe correspondiente de parte de la referida sociedad prestadora de servicios de asistencia médica, el Superintendente enviará a la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo copia certificada del mismo, así como una exposición sucinta de las acciones de control practicadas, a los fines de hacer efectivo el derecho reconocido por la ley a la beneficiaria. Todo en razón del interés general representado “por los derechos y garantías de los tomadores, asegurados y beneficiarios de los contratos de seguros, de reaseguros, los contratantes de los servicios de medicina prepagada”, cuya tutela reposa en cabeza de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, según lo preceptuado en el también antes mencionado artículo 1 de la Ley de la Actividad Aseguradora. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo.

SENTENCIA: 2012-2357.

FECHA: 20 de noviembre de 2012.

PARTES: Seguros Nuevo Mundo S.A. —contra- El Instituto para la Defensa de las personas en el acceso a los bienes y servicios (INDEPABIS).

.....

TEMA: CAMBIO DE PROPIETARIO DEL BIEN ASEGURADO

Máxima: si se produce cambio de propietario del bien asegurado (en este caso venta del vehículo) los derechos y las obligaciones derivadas del contrato de seguro pasan al adquirente, pero tal situación deberá ser notificada a la empresa de seguros dentro de los quince (15)

días hábiles siguientes de la fecha en que la transferencia haya operado; a su vez, la empresa de seguros tendrá derecho a resolver unilateralmente el contrato dentro de los quince (15) días siguientes al momento en que hubiese tenido conocimiento del cambio de propietario, y su obligación cesará treinta (30) días después de la notificación por escrito al adquirente y del reembolso a éste de la parte de la prima correspondiente al plazo del seguro que falte por vencer.

Máxima: el hecho de que se haya producido una traslación de propiedad del bien asegurado, no significa que de manera inmediata se traslade la póliza de una persona a otra, al contrario, existe una regulación por parte de la normativa especializada, en este caso la Ley del Contrato de Seguro, donde se establece el procedimiento idóneo para la notificación de cualquier situación que amerite un cambio de titular del bien amparado por la póliza de seguro.

EXTRACTO:

Que el recurso contencioso administrativo de nulidad tiene como objeto la nulidad del acto administrativo de fecha 29 de julio de 2008, emanado del Consejo Directivo del Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), a través del cual ratificó la Providencia Administrativa emitida por la Presidencia de dicho Instituto en fecha 31 de enero de 2007, la cual resolvió la denuncia interpuesta por la ciudadana Ingrid Thamara Romero Acevedo en contra de la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo S.A., imponiéndole a ésta una sanción de multa por la cantidad de seiscientas unidades tributarias (600 U.T.).



De las actuaciones dentro del procedimiento administrativo:

En fecha 2 de noviembre de 2006, la ciudadana Ingrid Thamara Romero Acevedo, presentó ante el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario INDECU, denuncia mediante la cual indicó que la empresa aseguradora se negó a indemnizarle el siniestro ocurrido en fecha 30 de agosto 2006.

En fecha 30 de noviembre de 2006, se dio apertura al procedimiento administrativo, debido a que los hechos denunciados podían constituir una infracción a la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, y la empresa aseguradora en esa misma fecha se dio por notificada, a los fines de que compareciera dentro de los diez (10) días hábiles a rendir declaración y presentar sus pruebas.



En resumen, considera este Órgano Jurisdiccional que todas las actuaciones que fueron llevadas a cabo en sede administrativa, por parte del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario, estuvieron ajustadas a derecho, y en ningún momento se menoscabaron los derechos a ninguna de las partes, por el contrario se les permitió ejercer sus respectivos alegatos, presentar pruebas, acceso al expediente, y notificársele de todas las actuaciones, sin incurrir dicho Instituto en parcialidad alguna, ello así debe esta corte desestimar la denuncia respecto a la nulidad del acto por vicios en el procedimiento administrativo. Así se decide.

Precisado lo anterior, en primer término, tenemos que del análisis efectuado de las actas que conforman el presente expediente, esta Corte observa que el ciudadano José Julián Plata Domínguez, titular de la cedula de identidad N°. V- 11.992.736, suscribió en fecha 12 de agosto de 2003 con la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo S.A., una póliza de seguro para un automóvil de su propiedad y con las siguientes características, Serial de Carrocería: 9FBLA04023L895162; Placa: MDI 85G; Marca: Renault; Serial

de Motor: A700D689635; Modelo: Megane; Año: 2003; Color: Gris; Clase: Automóvil; Tipo: Sedan; Uso: Particular. Y con una vigencia anual desde el día 26 de agosto de 2005, hasta el día 26 de agosto de 2006, fecha en la cual finalizó la cobertura para el vehículo antes mencionado.

Posteriormente, consta en los autos (folio 86) que en fecha 3 de julio de 2006, se celebró un contrato de compra venta, entre el ciudadano José Julián Plata Domínguez y la ciudadana Ingrid Thamara Romero Acevedo, mediante el cual se dio en venta el vehículo antes descrito.

Consecutivamente, en fecha 25 de agosto de 2006, a un día de la fecha de culminación de la cobertura, el vehículo antes mencionado fue objeto de un siniestro, cabe destacar que para ese momento el referido vehículo ya era propiedad de la ciudadana Ingrid Thamara Romero Acevedo.

Igualmente, es importante resaltar que en fecha 30 de agosto de 2006, la referida ciudadana notificó a la empresa de seguro recurrida del siniestro del cual fue objeto el vehículo de su propiedad en fecha 25 de agosto de 2006, es decir, transcurridos cinco (5) días de la fecha del vencimiento de la póliza de seguros.

Precisado lo anterior, es necesario para esta Corte, traer a colación las disposiciones legales aplicables al caso de autos, en este sentido debemos señalar lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro publicada en Gaceta Oficial N° 5.553 Extraordinario de fecha 12 de noviembre de 2001.

En primer lugar, es necesario analizar lo establecido en el artículo 19 de la Ley del Contrato de Seguro, que establece:

Carácter de la póliza

Artículo 19. La póliza puede ser nominativa, a la orden o al portador. La cesión de la póliza no produce efecto contra la empresa de seguros sin su autorización. La cesión de la póliza a la orden puede hacerse por simple endoso.

La empresa de seguros podrá oponer al cesionario o endosatario las excepciones que tenga contra el tomador, el asegurado o el beneficiario.

De lo anterior, se observa que las pólizas de seguros, pueden tener diversas características, como lo son, las nominativas, a la orden o al portador, además señala de forma expresa, que la cesión de la póliza no produce efecto contra la empresa de seguros sin la respectiva autorización por parte de ésta.

Por su parte, el artículo 67 de la Ley del Contrato de Seguro establece la obligación por parte del tomador de la póliza de notificar la traslación de la propiedad del bien asegurado, dicha norma establece que:

Artículo 67. Si el objeto asegurado cambia de propietario los derechos y las obligaciones derivadas del contrato de seguro pasan al adquirente, pero tal situación deberá ser notificada a la empresa de seguros dentro de los quince (15) días hábiles siguientes. Se exceptúa el supuesto de las pólizas nominativas para riesgos no obligatorios, si en las condiciones generales existe pacto en contrario.

Tanto el anterior propietario como el adquirente quedan solidariamente obligados con la empresa de seguros al pago de las primas vencidas hasta el momento de la transferencia de la propiedad.

El cambio de propietario deberá ser notificado por escrito a la empresa de seguros, en el plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha en que la transferencia haya operado. La empresa de seguros tendrá derecho a resolver unilateralmente el contrato dentro de los quince (15) días siguientes al momento en que hubiese tenido conocimiento del cambio de propietario, y su obligación cesará treinta (30) días después de la notificación por escrito al adquirente y del reembolso a éste de la parte de la prima correspondiente al plazo del seguro que falte por vencer.

Si la correspondiente póliza hubiese sido emitida a la orden o al

portador, no podrá resolverse unilateralmente el contrato.

Las disposiciones de este artículo serán aplicables también en caso de muerte, cesación de pagos y quiebra del tomador.

De las normas anteriormente transcritas, se observa que si se produce cambio de propietario del bien asegurado (en este caso venta del vehículo) los derechos y las obligaciones derivadas del contrato de seguro pasan al adquirente, pero tal situación deberá ser notificada a la empresa de seguros dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de la fecha en que la transferencia haya operado, a su vez la empresa de seguros tendrá derecho a resolver unilateralmente el contrato dentro de los quince (15) días siguientes al momento en que hubiese tenido conocimiento del cambio de propietario, y su obligación cesará treinta (30) días después de la notificación por escrito al adquirente y del reembolso a éste de la parte de la prima correspondiente al plazo del seguro que falte por vencer.

Ello así, observa esta Corte que el efecto que produce el incumplimiento de la disposición de la norma in comento (artículo 67 LCS) es la resolución del contrato por parte de la compañía aseguradora dentro de los quince (15) días siguientes al momento en que tuviera conocimiento del cambio de propietario, lo que no constituye en sí mismo un caso de extinción de las obligaciones que tienen las empresas aseguradoras de la asunción del riesgo.

En consecuencia, esta Corte observa que al ocurrir el siniestro, esto es el día 25 de agosto de 2006, y quedando solo un día de vigencia de la cobertura establecida en la póliza de vehículo, considera este Órgano Jurisdiccional, en concordancia con la tabla de terminación anticipada antes transcrita que la empresa aseguradora no tiene monto alguno que reintegrar por la prima no consumida.

Establecido lo anterior, se observa que la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo S.A., en fecha 30 de agosto de 2006, fue la fecha en la que tuvo conocimiento de la enajenación que sufrió el vehículo objeto del contrato

de seguro en fecha 3 de julio de 2006, es decir 58 días después de celebrado el contrato y en esa misma comunicación, se le notificó a dicha empresa aseguradora, la ocurrencia del siniestro de fecha 25 de agosto de 2006.

Ello así, observa este Órgano Jurisdiccional que como ya ha quedado establecido a lo largo de esta decisión que el hecho de que se haya producido una traslación de propiedad del bien asegurado, no significa que de manera inmediata se traslade la póliza de una persona a otra, al contrario, existe una regulación por parte de la normativa especializada, en este caso la Ley del Contrato de Seguro, donde se establece el procedimiento idóneo para la notificación de cualquier situación que amerite un cambio de titular del bien amparado por la póliza de seguro, como lo es el ya comentado artículo 67 ejusdem.

.....

**TEMA: SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA (NATURALEZA JURÍDICA)**

Máxima: la Ley de la Actividad Aseguradora otorga a la Superintendencia una gran cantidad de competencias para que, en ejecución de políticas del Estado venezolano y por razones de interés público, vigile, controle y fiscalice todo lo relativo a la actividad aseguradora, bajo los criterios de supervisión preventiva e integral.

Máxima: la Superintendencia de la Actividad Aseguradora consideró que la empresa de seguros, no incurrió en ilícito administrativo alguno, por cuanto, en primer lugar, al ser el contrato de seguro consensual, las obligaciones y los derechos son recíprocos (como es el pago de la póliza por parte del asegurado y la asunción del riesgo por parte de la aseguradora); aunado a ello, no es hecho controvertido la circunstancia de la traslación de la propiedad del vehículo y la falta de notificación a la

empresa aseguradora, lo que tendría como consecuencia la resolución unilateral del contrato por parte de la compañía de seguros.

EXTRACTO:

A mayor sustento, esta Corte no puede dejar de mencionar o puntualizar algunas ideas en cuanto a la naturaleza de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y su importancia dentro de la actividad aseguradora, para ello se observa que todo el título II de la Ley de la Actividad Aseguradora precisa que el control de todo lo relacionado a la materia de seguros se llevará a cabo mediante la mencionada Superintendencia, dándole potestades de regulación de las actividades aseguradoras, reaseguradoras y conexas realizadas en el país, en beneficio de los contratantes, asegurados y beneficiarios de los seguros mercantiles y de la estabilidad del sistema asegurador, precisando de manera clara y directa que la intervención del Ejecutivo Nacional en las actividades aseguradoras, reaseguradoras y conexas, señalando que éstas se realizaran por órgano de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Siendo esto así, habiéndole sido otorgado a la Superintendencia de la actividad aseguradora por disposición legal, expresas facultades de inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control de la actividad aseguradora (Art. 7, Ley de la Actividad Aseguradora, a lo largo de todos sus numerales); señalando especialmente el numeral cuarto (4º), de la mencionada Ley de la Actividad Aseguradora, que la mencionada Superintendencia tiene atribuida una gran cantidad de competencias para que, en ejecución de políticas del Estado venezolano y por razones de interés público, vigilar, controlar y fiscalizar todo lo relativo a la actividad aseguradora, bajo los criterios de supervisión preventiva e integral.

Aunado a lo anterior, aprecia igualmente esta Corte que en desarrollo de la potestad previamente atribuida por el artículo 7 de la Ley de la Actividad Aseguradora, se especifica en la disposición reglamentaria contenida en

el numeral 13 del referido artículo, la posibilidad por parte de la Superintendencia de la actividad Aseguradora de aprobar con carácter general pólizas, anexos, documentos complementarios o tarifas, sin que ello obste a que las empresas de seguro puedan solicitar la aprobación de coberturas adicionales a las mismas o de condiciones especiales.

En vista de lo anterior, y establecida como ha sido la relevancia dentro del ámbito de la actividad aseguradora en el país de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, es necesario para esta Corte, traer a examen la opinión emitida por ésta, en cuanto a la controversia aquí planteada, consta en autos (folios 46 al 48) la mencionada opinión, que expuso los términos siguientes:

“Visto como ocurrieron los hechos y dadas las pruebas documentales que cursan en el expediente suministrado por el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario, [esa] Superintendencia de Seguros estima necesario recordar primeramente el carácter consensual que tiene el contrato de seguro, tal como lo establece el artículo 14 del Decreto Ley del Contrato de Seguro; en tal sentido, los derechos y obligaciones recíprocos del asegurador y asegurado empiezan desde que se ha culebreado la convención, aun antes de emitirse la póliza, siempre y cuando se cumpla con el pago de la prima correspondiente.

Es este acuerdo de voluntades el que indica el punto de partida de los derechos, obligaciones y cargas de los sujetos del contrato, vale decir, que la póliza es el instrumento probatorio por excelencia más no el único.

[...Omissis...]

Ahora bien, tal y como lo indica en su comunicación, no consta en el expediente administrativo abierto por el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario, comunicación alguna que indique que el cambio de titularidad del vehículo hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro, esto es,

antes del 25 de agosto de 2006, por el contrario de los autos se desprende claramente que Seguros Nuevo Mundo, S.A. fue informada de tal situación, en el mismo instante en que se reporta el siniestro.

[...Omissis...]

En tal sentido, en opinión de este Órgano Supervisor de la actividad aseguradora, la actuación de Seguros Nuevo Mundo, S.A. en el reclamo presentado por la ciudadana Ingrid Thamara Romero Acevedo, se encuentra ajustada a derecho y a lo contractualmente previsto en la Póliza de Seguro de Casco de Vehículo Terrestres, por lo que en consecuencia, resulta improcedente el reclamo por ésta efectuado.

En cuanto a que el rechazo se realizó en términos genéricos, es preciso acotar que ha sido opinión reiterada de esta Superintendencia de Seguros que cuando la Clausula que se invoque para fundamentar el rechazo se explique por si misma y no genere confusión en el interesado, el rechazo no resulta genérico.

eAsí en el presente caso, se observa que Seguros Nuevo Mundo, S.A., además de señalar los elementos de hecho “Enajenación del vehículo sin conocimiento de la empresa” y los de derecho o sea la Clausula 14º que la exoneraba de su responsabilidad explicó que “para el momento del siniestro el asegurado no era el propietario del vehículo.

Para esta Superintendencia de Seguros, la carta en la que se manifestó la voluntad de no otorgar la cobertura al reclamo presentado resulta adecuada a las exigencias de la Ley.

En virtud de las consideraciones antes expuestas, esta Superintendencia de Seguros, vistas las facultades que le confiere la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, estima que no existen elementos de juicio suficientes para considerar que Seguros Nuevo Mundo, S.A. haya incurrido en algún ilícito administrativo que dé lugar a la apertura de un procedimiento administrativo sancionatorio”. [Destacado de esta Corte].

De lo establecido por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, se observa que considera que la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo S.A., no incurrió en ilícito administrativo alguno, por cuanto en primer lugar al ser el contrato de seguro tiene un carácter consensual, por lo que las obligaciones y los derechos son recíprocos (como es el pago de la póliza por parte del asegurado y la asunción del riesgo por parte de la aseguradora), y comienzan desde el mismo momento en que se celebra el contrato, aunado a ello, manifestaron que consta en autos y no es hecho controvertido la circunstancia de la traslación de la propiedad del vehículo, y la falta de notificación a la empresa aseguradora, lo que tendría como consecuencia la resolución unilateral del contrato por parte de la compañía de seguros.

Es importante, resaltar lo establecido por la Superintendencia de Seguros, en su carácter de Órgano rector de toda la actividad aseguradora con expresas facultades de inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control, en especial de las empresas de seguros y reaseguros, precisa de forma expresa, que no existen elementos de juicio suficientes para considerar que Seguros Nuevo Mundo, S.A. haya incurrido en algún ilícito administrativo que diera lugar a la apertura de un procedimiento administrativo sancionatorio.

.....

TEMA: CARGA DE LA PRUEBA

Máxima: las partes tienen la carga de la prueba de los hechos que la favorecen, de allí que el principio de la distribución entre las partes de la prueba se reduce a la fórmula: “las partes tienen la carga de probar sus respectivas afirmaciones de hecho”.

Máxima: si al actor le interesa el triunfo de su pretensión deberá probar los hechos que le sirven de fundamento,

y si al demandado le interesa destruirlos, como en el caso de autos, tendrá que reducir con su actividad directa en el proceso, el alcance de la pretensión, debiendo probar el hecho que la extingue, que la modifique o que impida su existencia jurídica, es decir, plantea la distribución de la carga de la prueba entre las partes, propia del proceso dispositivo, en el cual el Juez tiene la obligación de decidir conforme a lo alegado y probado por las partes, sin poder sacar elementos de convicción fuera de los autos, ni suplir excepciones ni argumentos de hecho no alegados ni probados.

Máxima: resulta un imperativo del propio interés de las partes que conforman dicho procedimiento, demostrar todas sus afirmaciones de hecho e igualmente todas sus defensas, sin que el juez de la causa pueda cumplir con cargas que son exclusivamente atribuciones de las partes, ni mucho menos dar por demostrado un hecho, con pruebas que no resultan de los autos, en este caso del expediente administrativo.

EXTRACTO:

Establecido lo anterior, esta Corte debe realizar algunas consideraciones sobre la actividad probatoria, como elemento determinante al momento de tomar una decisión, resaltando el hecho de que este Órgano Jurisdiccional no puede asumir cargas que son únicamente de las partes, como lo es la carga probatoria.

De la carga de la prueba

Con respecto a este principio, esta Corte debe señalar que es doctrina pacífica que las partes tienen la carga de la prueba de los hechos que la favorecen, de allí que el principio de la distribución entre las partes de la

prueba se reduce a la fórmula: “las partes tienen la carga de probar sus respectivas afirmaciones de hecho”.

En este orden de ideas, el Código de Procedimiento Civil distribuye las pruebas entre las partes como una carga procesal cuya intensidad depende del respectivo interés, vale decir, si al actor le interesa el triunfo de su pretensión deberá probar los hechos que le sirven de fundamento, y si al demandado le interesa destruirlos, como en el caso de autos, tendrá que reducir con su actividad directa en el proceso, el alcance de la pretensión debiendo probar el hecho que la extingue, que la modifique o que impida su existencia jurídica, es decir, plantea la distribución de la carga de la prueba entre las partes, propia del proceso dispositivo, en el cual el Juez tiene la obligación de decidir conforme a lo alegado y probado por las partes, sin poder sacar elementos de convicción fuera de los autos, ni suplir excepciones ni argumentos de hecho no alegados ni probados, así lo ha dejado claro la doctrina patria, la cual ha sido acogida por este Órgano Jurisdiccional (Vid. Sentencia de esta Corte N° 2010-367, de fecha 16 de marzo de 2010, caso: Víctor Rafael Padrón contra la Alcaldía del Municipio Maracaibo del Estado Zulia).

Al respecto, el autor Arístides Rengel Romberg en su obra “Tratado de Derecho Procesal Civil Venezolano según el nuevo Código de 1987”, tomo I Teoría General del Proceso, Editorial Arte, Caracas, 1992, se pronuncia sobre la materia en los siguientes términos: “(...) lo importante es atender por la materia dialéctica que tiene el proceso y por el principio contradictorio que lo informa a las afirmaciones de hecho que formula el actor para fundamentar su pretensión y determinar así el *Thema Probandum* (...)”.

En este sentido, observa esta Corte que el artículo 506 del Código de Procedimiento Civil establece sobre la carga de la prueba, lo siguiente:

“Artículo 506. Las partes tienen la carga de probar sus respectivas afirmaciones de hecho. Quien pida la ejecución de una obligación debe probarla, y quien pretenda que ha sido libertado de ella, debe

por su parte probar el pago o el hecho extintivo de la obligación. Los hechos notorios no son objeto de prueba”.

Así al demandante le toca la prueba de los hechos que alega, según el aforismo por el cual “incumbi probatio qui dicit, no qui negat”, por lo que corresponde probar a quien afirma la existencia de un hecho, no a quien lo niega, más al demandado le toca la prueba de los hechos en que basa su excepción, en virtud de otro aforismo “*reus in excipiendo fit actor*” al tornarse el demandado en actor de la excepción, de allí que le corresponde la prueba correspondiente.

Por lo que la actividad probatoria, resulta un imperativo del propio interés de las partes que conforman dicho procedimiento, demostrar todas sus afirmaciones de hecho e igualmente todas sus defensas, sin que el juez de la causa pueda cumplir con cargas que son exclusivamente atribuciones de las partes, ni mucho menos dar por demostrado un hecho, con pruebas que no resultan de los autos, en este caso del expediente administrativo.

Analizados como han sido las pruebas aportadas por la representación judicial de la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo, ya que ni el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, ni la ciudadana Ingrid Thamara Romero Acevedo, han manifestado interés alguno por la presente causa, ni han comparecido a realizar las actuaciones correspondientes, esta Corte debe decidir con base a lo que conste en autos.

Ello así, con base en todas las circunstancias establecidas a lo largo de esta decisión, como lo es principalmente el incumplimiento por parte de la ciudadana Ingrid Thamara Romero Acevedo, de la notificación oportuna que debía hacerle a la compañía de seguros de la enajenación del vehículo por parte del ciudadano José Julián Plata Domínguez, a su persona, hecho este que de acuerdo al ya comentado artículo 67 de la Ley del Contrato de Seguro, le concede a la empresa aseguradora la potestad de resolver de forma unilateral el contrato de seguro, que fue lo que efectivamente ocurrió.

Evidenciándose, que la administración no tomó en cuenta todos los hechos que realmente ocurrieron, como ha quedado establecido a lo largo de este fallo, así como el error en el que incurrió la Administración al subsumir los hechos ocurridos en la normativa que le sirvió de fundamento para dictar el acto administrativo recurrido, es por tanto que resulta forzoso para esta Corte declarar la procedencia de la denuncia con respecto al vicio de falso supuesto alegado. Así se decide.



Ello así, este Órgano Jurisdiccional observa que las normas aplicadas por el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario a la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo S.A., si bien resultan ajustadas a derecho respecto al marco jurídico que regula la prestación, continua, regular y eficiente de los servicio general, no tomó en cuenta la normativa especial en materia de contrato de seguros la cual en criterio de esta Corte resultaba determinante para justificar la sanción que se pretendió imponer a la parte recurrida.

En razón de lo anterior, esta Corte es del criterio que el Instituto in comento, al silenciar un marco regulatorio especial, en materia de seguros, transgredió la propia normativa que los regula, como lo es el mencionado artículo 18 y si bien este Órgano Jurisdiccional no niega la aplicación de las normas contenidas en dicho artículo, así como del 92 de la Ley de protección al consumidor y al usuario, al ser aplicables al caso bajo análisis, por tratarse de la prestación de un servicio, no puede ignorarse el contenido y alcance de una Ley especial que regula de forma específica una determinada situación, por lo que en todo caso, el Instituto recurrido debió justificar en el acto administrativo hoy objeto de impugnación, por qué no era aplicable la normativa especial, situación que el presente caso no sucedió, violentando así el principio de legalidad de manera que cuando se emiten actos administrativos mediante los cuales se podrían afectar derechos, debe hacerse mención expresa de la base o causa legal que justifique la actuación realizada, es decir, en el caso de marras, se debió indicar el por qué no le era aplicable la normativa especial.

En razón de lo anterior, y tal como lo señaló la representación judicial de la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo S.A., el acto administrativo objeto de impugnación se encuentra inmerso en el vicio de ausencia de base legal, lo que inexorablemente conlleva a su NULIDAD. Así se establece.

• • • • •

2013



TRIBUNAL: Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo.

SENTENCIA: 2013-0029.

FECHA: 31 de enero de 2013.

PARTES: Mapfre La Seguridad, C.A de Seguros —contra- Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso de Bienes y Servicios (INDEPABIS).

.....
TEMA: DERECHO A LA DEFENSA Y EL DEBIDO PROCESO

Máxima: el derecho a la defensa implica la posibilidad para el recurrente de intervenir, ya sea en el procedimiento administrativo o en el proceso judicial, para aportar alegatos, defensas y pruebas con el fin de desvirtuar las declaraciones o afirmaciones que han sido proferidos en su contra.

Máxima: el derecho al debido proceso debe aplicarse y respetarse en cualquier estado y grado en que se encuentre la causa, sea ésta judicial o administrativa, pues dicha afirmación parte del principio de igualdad frente a la ley, y que en materia procedimental representa igualdad de oportunidades para las partes intervinientes en el proceso de que se trate, a objeto de realizar (en igualdad de condiciones y dentro de los lapsos legalmente establecidos) todas aquellas actuaciones tendientes a la defensa de sus derechos e intereses.

EXTRACTO:

Se observa que el 10 de octubre de 2011, El Juzgado de Sustanciación de esta Corte declaró a este Órgano Jurisdiccional competente para conocer del recurso contencioso administrativo de nulidad interpuesto por la sociedad mercantil Mapfre La Seguridad C.A. de Seguros, contra el acto administrativo de fecha 8 de abril de 2008, emanado del antiguo Consejo

Directivo del Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), hoy, Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), mediante el cual declaró sin lugar el recurso jerárquico incoado y por lo tanto confirmó en todas sus partes, la decisión de fecha 17 de marzo de 2005, que sancionó a la recurrente con multa de Setecientas Unidades Tributarias (700 U.T), equivalente a Veinte Millones Quinientos Ochenta Mil Bolívars (Bs. 20.580.000,00), actualmente —debido al proceso de reconversión monetaria— Veinte Mil Quinientos Ochenta Bolívars Fuertes (Bs. F 20.580,00), en virtud del incumplimiento del artículo 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario.

De la violación del derecho al debido proceso y a la defensa:

En primer lugar esta Corte observa que la representación judicial de la sociedad mercantil recurrente, denunció que “(...) el acto administrativo impugnado es un acto inconstitucionalmente emitido, en virtud de haber violado normas constitucionales consagratorias de derechos y garantías fundamentales a la defensa, al debido proceso, a la tutela judicial efectiva, al principio constitucional de sometimiento pleno de la Administración a la ley y al derecho (...)”.

De los alegatos esgrimidos, esta Corte precisa que la denuncia formulada por la sociedad recurrente se circunscribe en la presunta violación del debido proceso y al derecho a la defensa, por cuanto se le impuso una sanción, a su decir, violentando tales principios que se encuentran debidamente consagrados en la Constitución Nacional.

Así las cosas, es menester inferir que el artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela consagra que el debido proceso es un derecho aplicable a todas las actuaciones judiciales y administrativas, comprendiendo el derecho a conocer los cargos objeto de investigación, formular alegatos, desplegar las defensas y excepciones frente a dichos cargos imputados, y probar e informar, entre otros.

El derecho al debido proceso ha sido entendido como el trámite que permite oír a las partes, de la manera prevista en la Ley, y que ajustado a derecho otorga a las partes el tiempo y los medios adecuados para imponer sus defensas.

Estima oportuno esta Corte mencionar el alcance del derecho a la defensa, el cual ha sido suficientemente desarrollado por la Jurisprudencia patria, así, la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia estableció en sentencia N° 399 del 2 de abril de 2009 (Caso: Ángel Ramón Ortiz González) reiterando el criterio de la sentencia N° 05 del 24 de enero de 2001 (Caso: Supermercados Fátima S.R.L.) lo siguiente:

“En cuanto al derecho a la defensa, la jurisprudencia ha establecido que el mismo debe entenderse como la oportunidad para el encausado o presunto agraviado de que se oigan y analicen oportunamente sus alegatos y pruebas. En consecuencia, existe violación del derecho a la defensa cuando el interesado no conoce el procedimiento que pueda afectarlo, se le impide su participación o el ejercicio de sus derechos, o se le prohíbe realizar actividades probatorias”.

Ello así, es menester señalar que, el derecho a la defensa implica la posibilidad para el recurrente de intervenir, ya sea en el procedimiento administrativo o en el proceso judicial, para aportar alegatos, defensas y pruebas con el fin de desvirtuar los alegatos o afirmaciones que han sido proferidos en su contra. (Vid. Sentencia N° 2011-149 dictada por esta Corte en fecha 9 de febrero de 2011, Caso: Yasid Fahki Issa contra Servicio Autónomo de la Propiedad Industrial).

Asimismo, con respecto al debido proceso, la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, a través de sentencia N° 399 de fecha 2 de abril de 2009 (caso: Ángel Ramón Ortiz González), estableció lo siguiente:

“(…) el derecho al debido proceso constituye un conjunto de garantías, que amparan al ciudadano, y entre las cuales se mencionan las de ser oído, la presunción de inocencia, el acceso a la justicia y a los recursos legalmente establecidos, la articulación de un proceso debido, la de obtener una resolución de fondo con fundamento en derecho, la de ser juzgado por un tribunal competente, imparcial e independiente, la de un proceso sin dilaciones indebidas y por supuesto, la de ejecución de las sentencias que se dicten en tales procesos. Ya la jurisprudencia y la doctrina habían entendido, que el derecho al debido proceso debe aplicarse y respetarse en cualquier estado y grado en que se encuentre la causa, sea ésta judicial o administrativa, pues dicha afirmación parte del principio de igualdad frente a la ley, y que en materia procedimental representa igualdad de oportunidades para las partes intervinientes en el proceso de que se trate, a objeto de realizar -en igualdad de condiciones y dentro de los lapsos legalmente establecidos- todas aquellas actuaciones tendientes a la defensa de sus derechos e intereses”.

En este sentido, el debido proceso se articula a través de una serie de postulados de origen constitucional, que tienen como finalidad resguardar y asegurar un proceso justo realizado a través de etapas secuenciadas conforme a los requisitos previstos en la Constitución, para asegurar el reconocimiento de los derechos de las partes y obtener así, de los órganos que sustancian el procedimiento, una decisión transparente y justa.

En efecto, visto lo expuesto en torno al derecho a la defensa y al debido proceso, este Órgano Jurisdiccional, pasa a realizar las siguientes consideraciones a los fines de verificar si en el caso de autos se configuró o no la violación al derecho a la defensa y al debido proceso.

A tal efecto, esta Corte observa de las actas procesales que cursan en el expediente de la causa, que la sociedad mercantil en el marco de actuaciones desplegadas en sede administrativa se desarrollaron los aspectos y actuaciones que se detallan a continuación:

- El procedimiento administrativo se inició por denuncia recibida por el organismo recurrido signada con el número DEN-000614-2004-0101, de fecha 15-07-2004, interpuesta por el ciudadano Salvatore Filippo Ragura Casablanca, en la que se dejó constancia de los siguientes aspectos: “El denunciante manifiesta que en fecha 03 de noviembre de 2003, ocurrió un siniestro en su establecimiento (sustrajeron equipos telefónicos celulares) Realizó el reporte de lo sucedido ante la empresa aseguradora MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A. DE SEGUROS (SEGUROS LA SEGURIDAD, C.A.), consigna toda la documentación a fin de tramitar la indemnización por el daño causado, la empresa envía un experto el cual realiza el peritaje, el informe lo envía a la aseguradora, quien en fecha 06 de mayo de 2005, manifiesta el afectado que queda sin efecto su reclamación, alegando la cláusula 11, la cual no ésta prevista en l contrato suscrita”. (Mayúsculas del escrito).
- Mediante decisión de fecha 17 de marzo de 2005, el ente recurrido verificó la transgresión por parte de la empresa aseguradora Mapfre La Seguridad, C.A. de Seguros, del artículo 92 de la Ley de Protección al Consumidor y el Usuario, vigente para el momento, quien conforme a las potestades que le confiere el artículo 122 de la normativa ejusdem, decidió sancionar con multa de setecientas unidades tributarias equivalente a Veinte Millones Quinientos Ochenta Mil Bolívars (Bs. 20.580.000,00), actualmente —debido al proceso de reconversión monetaria- Veinte Mil Quinientos Ochenta Bolívars Fuertes (Bs. F 20.580,00).
- Seguidamente se constata que en fecha 9 de febrero de 2006, la empresa Mapfre La Seguridad, C.A. de Seguros, presentó ante el Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (Indecu), hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), recurso de reconsideración contra la decisión dictada el 17 de marzo de 2005 por el mencionado órgano.

- En razón de ello, se puede constatar que en fecha 11 de noviembre de 2006, la empresa Mapfre La Seguridad, C.A. de Seguros, presentó ante el Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (Indecu), hoy, Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), recurso jerárquico contra la decisión dictada el 17 de marzo de 2005 por el mencionado órgano.
- Mediante decisión de fecha 8 de abril de 2008, el organismo recurrido decidió declarar sin lugar el recurso jerárquico interpuesto por la sociedad mercantil Mapfre La Seguridad, C.A. de Seguros.

De todo lo antes descrito, puede inferir esta Corte que dentro del marco actividades desarrolladas en sede administrativa, la empresa recurrente Mapfre La Seguridad, C.A. de Seguros, ejerció extensivamente su derecho a la defensa, pudiendo presentar los medios de pruebas que estimó conveniente, así como los distintos recursos administrativos por desconformidad de las distintas decisiones proferidas por la administración.

Así mismo, se evidenció que todos los actos dictados por el organismo recurrido, fueron emanados dentro de los presupuestos previstos en la normativa especial, respetando y garantizando por lo tanto el debido proceso de la empresa recurrente y el derecho a la defensa, por lo que este Órgano Jurisdiccional desestima la denuncia al respecto. Así se decide.

.....

**TEMA: VIOLACIÓN AL PRINCIPIO CONSTITUCIONAL
NON BIS IN IDEM**

Máxima: El non bis in idem es un principio de carácter ineludible en todo procedimiento sancionatorio, y supone, en una de sus más conocidas manifestaciones, la interdicción de la duplicidad de sanciones, en los casos en que se aprecie la identidad de sujeto, hecho y fundamento.

Máxima: el *non bis in idem* es un principio general del derecho que, con base al principio de cosa juzgada, prohíbe la aplicación de dos o más sanciones o el desarrollo de dos o más procedimientos, sea en uno o más órdenes sancionadores, cuando se dé una identidad de sujetos, hechos y fundamentos y siempre que no exista una relación de supremacía especial de la Administración.

Máxima: el principio *non bis in idem* constituye un postulado constitucional con base al cual nadie podrá ser sometido a juicio por los mismos hechos en virtud de los cuales hubiere sido juzgado anteriormente. Vale decir que con ello se prohíbe la aplicación sucesiva o simultánea de varias sanciones por un mismo hecho. Ahora bien, cabe indicar que la prohibición pesa siempre en relación con un mismo tipo de responsabilidad, es decir, si se trata de un hecho que da lugar a una sanción administrativa, está excluida la posibilidad de aplicar varias veces la misma, pero cuando se trata de un hecho que siendo susceptible de responsabilidad administrativa, además lo es penal y civil, cada una de estas responsabilidades subsisten de forma individual e independiente, sin que la existencia de una de ellas necesariamente excluya la aplicación de la otra.

Máxima: la doctrina ha establecido la posibilidad de sancionar un mismo hecho doblemente, pero sólo en el caso de que tales sanciones sean impuestas por autoridades diferentes, esto es, por ejemplo, una sanción penal y otra administrativa a una actuación que tenga la consideración de ilícito penal y administrativo y aún una tercera sanción cuando la misma actuación genera responsabilidad civil.

EXTRACTO:

Ahora bien, el apoderado judicial de la empresa recurrente señaló que el acto administrativo recurrido menoscabó el principio constitucional non bis in idem por “(...) la existencia de dos procedimientos administrativos distintos, iniciados por denuncia de la misma persona, sobre la base de los mismos hechos y con idéntica pretensión, que concluyeron de manera distinta, es decir, uno, el de la Superintendencia de la actividad (sic) aseguradora (sic) declarando que no existe infracción alguna en este caso, y otro, el del Indecu (sic), que sancionó a nuestra patrocinada por considerarla incurso en infracciones administrativas”.

Respecto a este argumento el Ministerio Público en el escrito de Opinión Fiscal señaló que “(...) en el caso de marras observa el Ministerio Público que la actuación del Indepabis efectivamente comporta una vulneración al principio alegado, toda vez que produjo un acto administrativo sancionatorio dirigido a la empresa recurrente en su condición de prestadora de servicios con fundamento en hechos que coinciden con los examinados por la Superintendencia de Seguros, lo que sin duda constituye un juzgamiento dos veces a un mismo sujeto por los mismo hechos por dos autoridades administrativas, con lo cual se produjeron decisiones encontradas”.

Ahora bien, esta Corte observa que la denuncia se refiere a la violación del principio general del derecho conocido como non bis in idem, el cual es de carácter ineludible en todo procedimiento sancionatorio, y supone, en una de sus más conocidas manifestaciones, la interdicción de la duplicidad de sanciones, en los casos en que se aprecie la identidad de sujeto, hecho y fundamento.

En apoyo de ello, la Carta Magna señala en su artículo 49 las garantías intraprocesales que hacen plausible el cumplimiento del mandato contenido en su artículo 26, entre las que se destaca el derecho a la defensa, la previsión legal de las penas, la presunción de inocencia, el juez pre-

determinado por la ley y el principio *non bis in idem*, entre otros. Todos dispuestos precisamente a la tarea de asegurar a los interesados el tránsito por procesos en donde estén vedadas las causas de inadmisión irrazonables o injustificadas (Sentencia del Tribunal Supremo de Justicia en Sala Constitucional, caso: Gloria América Rangel Ramos vs. Ministerio de la Producción y el Comercio).

Concretamente, el principio *non bis in idem* ha sido definido como “principio general del Derecho que, en base a los principios de cosa juzgada, prohíbe la aplicación de dos o más sanciones o el desarrollo de dos o más procedimientos, sea en uno o más órdenes sancionadores, cuando se dé una identidad de sujetos, hechos y fundamentos y siempre que no exista una relación de supremacía especial de la Administración” (DEL REY, Salvador, citado por NIETO, Alejandro, en “Derecho Administrativo Sancionador”, Editorial Tecnos, Madrid, 2000).

Así, en el derecho administrativo sancionador la regla de *non bis in idem* no sólo opera respecto a dos resoluciones cronológicamente separadas, sino también dentro de un mismo expediente y de una sola resolución. Se impide así que, por autoridades del mismo orden, y a través de procedimientos distintos, se sancione repetidamente la misma conducta. Semejante posibilidad entrañaría, en efecto, una inadmisble reiteración en el ejercicio del *ius puniendi* del Estado e, inseparablemente, una abierta contradicción con el mismo derecho a la presunción de inocencia, en virtud de, que la coexistencia de varios procedimientos sancionadores para una misma y determinada conducta deja abierta la posibilidad, contraria a aquel derecho, de que unos mismos hechos, sucesiva o simultáneamente, existan y dejen de existir para los órganos del Estado, como ya se expresó *supra* (sentencia del Tribunal Constitucional español 94/1986, FJ 4.º).

De esta forma el principio de *non bis in idem* tiene dos vertientes: por un lado implica la prohibición de una doble sanción y, por otro, la prohibición de un doble enjuiciamiento simultáneo, siempre en referencia, claro es, a unos mismos hechos.

Cabe destacar, que la prohibición de aplicación sucesiva o simultánea de varias sanciones por un mismo hecho, ha sido analizada por la Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia, mediante sentencia N° 2137 de fecha 21 de abril de 2005, en los siguientes términos:

“En lo que se refiere al denominado principio *non bis in idem*, los apoderados judiciales del accionante fundaron su planteamiento en que los hechos por los cuales se siguió el Consejo de Investigación contra su representado fueron los mismos que previamente habían sido considerados por la Sala Plena del Tribunal Supremo de Justicia”.

A tal efecto, es imperativo señalar que el mencionado principio constituye un postulado constitucional con base en el cual nadie podrá ser sometido a juicio por los mismos hechos en virtud de los cuales hubiere sido juzgado anteriormente. Vale decir que con ello se prohíbe la aplicación sucesiva o simultánea de varias sanciones por un mismo hecho.

Ahora bien, cabe indicar que la prohibición pesa siempre en relación con un mismo tipo de responsabilidad, es decir, si se trata de un hecho que da lugar a una sanción administrativa, está excluida la posibilidad de aplicar varias veces la misma, pero cuando se trata de un hecho que siendo susceptible de responsabilidad administrativa, además lo es penal y civil, cada una de estas responsabilidades subsisten de forma individual e independiente, sin que la existencia de una de ellas necesariamente excluya la aplicación de la otra.

Aplicando las anteriores consideraciones al caso presente, es claro que la decisión judicial comentada por la parte accionante, según la cual se habrían revisado los mismos hechos que hoy son objeto del recurso contencioso-administrativo, representa una decisión de tipo penal acordada por el órgano judicial correspondiente, mientras que la decisión que hoy se revisa forma parte del elenco de actos administrativos que ha distinguido

la doctrina como de tipo disciplinario.

Sobre el particular, es importante reafirmar que no existe confusión alguna en lo que se refiere a la aplicación de una sanción y otra, pues si bien las sanciones disciplinarias comparten la naturaleza sancionatoria que le es propia a las decisiones penales, aquellas se encuentran disociadas de éstas por presentar características muy particulares, como sería fundamentalmente, entre otras, el hecho de excluir cualquier tipo de pena corporal. Con ello se insiste en que la decisión penal es una y la administrativa otra, con procedimientos y sanciones específicamente regulados dentro del campo jurídico al cual pertenece cada una de ellas, y por tanto, independientes una de la otra; razones éstas que inducen a esta Sala a desestimar el alegato según el cual existe violación del principio non bis in idem, por considerar infundado este planteamiento. Así se declara.”. (Destacado de esta Corte).

En consonancia con la decisión parcialmente transcrita, esta Corte observa que una sanción derivada de una infracción administrativa puede ser aplicada con independencia del hecho que también lleve implícito una sanción de carácter penal o civil, dependiendo de la naturaleza y del ámbito de potestades de los organismos reguladores.

De este modo esta Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, pasa a revisar las actas administrativas del expediente, a los fines de determinar si ocurrió en el presente caso violación al citado principio.

A tal efecto, se desprende de las actas que conforman el expediente de la causa, la siguiente prueba documental:

- Resolución No. FSS-2-1000108, de fecha 9 de febrero de 2005, emanado de la Superintendencia de Seguros, quien en virtud de la averiguación administrativa circunscrita por la mencionada Superintendencia, contra la sociedad mercantil aseguradora Mapfre La Seguridad, C.A. de Seguros, como consecuencia de la denuncia interpuesta por el ciudadano Salvatore

Ragusa Casablanca, en su cualidad de Presidente de la empresa Sonido Salvador, C.A., por negativa de dicha aseguradora de indemnizar el siniestro de robo ocurrido el 3 de noviembre de 2003, decidió declarar cerrada la averiguación, por no considerar la existencia de méritos para sancionar a la empresa Mapfre la Seguridad, C.A. de Seguros, por cuanto evidenció que ésta “informó al asegurado que según su entender, éste había transgredido lo dispuesto en la cláusula 11 de las condiciones particulares y la cláusula 11, literal ‘a’ de las condiciones generales de la póliza, al no haberle notificado: a) que el inmueble colindante con el bien asegurado se encontraba desocupado y b) que dicho bien colinda igualmente con una de las obras en construcción del Metro de Caracas (...) a juicio de este Organismo, se evidencia que la citada aseguradora explicó de forma clara y específica los fundamentos de hechos y de derecho en los cuales se basó para considerarse liberada de la obligación de indemnizar, por lo que según criterio de este Despacho, no se configuró el ilícito administrativo de rechazo genérico.”.

De lo anteriormente descrito, se puede colegir, que la sociedad mercantil Mapfre La Seguridad, C.A. de Seguros, efectivamente mediante el acto administrativo recurrido por ante esta vía jurisdiccional, fue sometido con anterioridad a un procedimiento por ante la Superintendencia de Seguros, con identidad de sujetos, hechos y fundamentos, en la que dicha Superintendencia en su cualidad de órgano regulador de la actividad aseguradora eximió de responsabilidad a la empresa recurrente.



Ahora bien, respecto al contenido y alcance de este principio se ha pronunciado en reiteradas oportunidades la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, como en sentencia N° 238, de fecha 20 de febrero de 2003, en la que quedó asentado lo siguiente:

“Al respecto, el autor Eduardo García de Enterría ha señalado que ‘...el non bis in ídem es un principio general del derecho que se

aplica cuando se aprecia identidad de sujeto, hecho y fundamento entre una conducta sancionable por la vía penal y administrativa y que se encuentra íntimamente unido a los principios de legalidad y tipicidad”.

Igualmente el autor Antonio Domínguez Vila, en su obra ‘Los Principios Constitucionales’. Haciendo un análisis de la sentencia del Tribunal Constitucional Español del 14 de febrero de 1986 señaló que ‘...el ámbito del non bis in ídem comienza y termina en que autoridades del mismo orden, a través de procedimientos distintos, sancionen repetidamente una conducta. El non bis in ídem sólo es admisible cuando se pretende sancionar de nuevo, desde la misma perspectiva de defensa social, unos mismos hechos.’

Resulta importante destacar que la doctrina ha establecido la posibilidad de sancionar un mismo hecho doblemente, pero sólo en el caso de que tales sanciones sean impuestas por autoridades diferentes, esto es, por ejemplo una sanción penal y otra administrativa a una actuación que tenga la consideración de ilícito penal y administrativo y aún una tercera sanción cuando la misma actuación genera responsabilidad civil.” (Destacado de esta Corte).

De igual manera, y en aras de enfatizar lo dispuesto por la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, resultó oportuno para esta Corte traer a colación lo dispuesto por la Sala Político Administrativa del máximo Tribunal, en sentencia N° 391 de fecha 31 de marzo de 2011, (caso: Seguros Altamira, C.A. Vs Ministro del Poder Popular para las Industrias Ligeras y Comercio) en la que quedo asentado lo siguiente:

“(...) se evidencia que en el marco del procedimiento tramitado ante la referida Superintendencia, el citado organismo concluyó que la empresa aseguradora no incurrió en el supuesto de elusión a que se refiere el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

(...) cabe destacar que el acto recurrido en el presente caso es el emanado del INDEPABIS, por lo tanto en esta fase cautelar se observa preliminarmente que tal proveimiento es adoptado en el marco de un procedimiento administrativo de distinta naturaleza al seguido ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la cual si bien es el ente encargado de calificar una determinada conducta como un supuesto de elusión, ello no obsta para que el aludido Instituto (INDEPABIS) en el marco de sus competencias aplique las sanciones a que haya lugar por la mala prestación de servicios públicos.

.....

**TEMA: RESOLUCIONES ADMINISTRATIVAS
(PRESUNCIÓN DE BUEN DERECHO)**

Máximas: la existencia de una Resolución emanada de la citada Superintendencia que avale o justifique el rechazo del siniestro reportado por el ciudadano Jorge Rodríguez Díaz, no se traduce, en principio, en la imposibilidad del órgano recurrido de imponer la multa impugnada y menos aún en la existencia de una presunción de buen derecho a favor de la recurrente.

EXTRACTO:

En consecuencia, debe indicarse que la sola existencia de una Resolución emanada de la citada Superintendencia que avale o justifique el rechazo del siniestro reportado por el ciudadano Jorge Rodríguez Díaz, no se traduce, en principio, en la imposibilidad del órgano recurrido de imponer la multa impugnada y menos aún en la existencia de una presunción de buen derecho a favor de la recurrente. Así se decide.”. (Destacado de esta Corte).

Respecto a lo antes expuesto se arguye, que los órganos de administración

en la esfera de su competencia, ejercen dentro del plano organizacional dependiendo de la competencia, la facultad independiente de sancionar una determinada conducta cuyo conocimiento se puede encontrar atribuible a otro órgano público, pero que por haberse vulnerado un derecho esencial patentizado por el aquel, le permite examinar y determinar el caso en concreto.

En este orden de ideas, la competencia es, ciertamente, la medida de la potestad atribuida por la Ley a cada órgano, de modo, que no habrá competencia ni, desde luego, actuación administrativa válida, si no hay previamente el señalamiento, por norma legal expresa, de la atribución que se reconoce al órgano y de los límites que la condicionan.

Ello así, es menester para esta Corte señalar que en lo que concierne a la facultad de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, ésta se encuentra estipulada en el artículo 1º de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, que señala que el objeto fundamental de la misma es “(...) establecer los principios y mecanismos mediante los cuales el Estado regula las actividades aseguradoras, reaseguradoras y beneficiarios de los seguros mercantiles y de la estabilidad del sistema asegurador”, aunado a ello, se tiene que la Superintendencia de Seguros, es un órgano desconcentrado al que se le otorgan facultades de inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control sobre las empresas que realicen actividades de seguros, de reaseguros, de intermediación de seguros y otras conexas.

En tal sentido, se puede colegir que ambos órganos regulan y protegen deberes y derechos distintos entre sí, siendo la Superintendencia de Seguros, la encargada de regular, supervisar e inspeccionar el ámbito de actividades que despliegue las empresas de seguro, mientras que el Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (Indecu), hoy, Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), es el ente vedado con las atribuciones de proteger y salvaguardar los intereses del consumidor y usuario.

.....
TEMA: CONTRATO DE SEGURO

Máxima: el contrato de seguro es una institución de previsión por la que, mediante el pago de una prima o cuota, única o periódica, se adquiere el derecho a ser indemnizado por los daños o menoscabo sufridos en nuestra persona o bienes o a la entrega o disfrute de un capital, en época y tiempo determinado.

Máxima: los contratos de seguro pueden ser clasificados en seguros de daños o de indemnización y seguros de personas, estos últimos definidos como aquellas pólizas por las cuales el asegurador se obliga “a pagar una suma determinada de dinero según la duración o las eventualidades de la vida o de la libertad de una persona”, entre las cuales se encuentra el seguro de vida, el de accidentes personales, seguro de salud, seguro de robo, etc.

EXTRACTO:

Es menester para este Órgano Jurisdiccional señalar que en lo que respecta al contrato de seguro, éste surge en la búsqueda del hombre de una defensa, una situación de tranquilidad o confianza para preservar, resguardar o por lo menos compensar los efectos del daño causado por todas las circunstancias a las cuales se haya expuesto; así pues, el contrato de seguro, tiene como objetivo fundamental satisfacer aquel anhelo de seguridad, en el cual una de las partes ostenta la capacidad y el poder para salvaguardar y soportar las desgracias que amenazan a la otra que, a través del pago de una suma de dinero, le confía el resguardo de su persona, su patrimonio, entre otros.

De allí que, el contrato de seguro ha sido definido por la doctrina como “aquella institución de previsión por la que, mediante el pago de una pri-

ma o cuota, única o periódica, se adquiere el derecho a ser indemnizado por los daños o menoscabo sufridos en nuestra persona o bienes o a la entrega o disfrute de un capital, en época y tiempo determinados”. (Benítez de Lugo. Citado por Acevedo Mendoza, Manuel. Tema sobre Derecho de Seguros. Editorial Jurídica Venezolana. Caracas. 1999. Pág. 193)

El seguro está contenido en un contrato llamado Póliza, el cual está definido en nuestro Código de Comercio así:

“Artículo 548. El seguro es un contrato por el cual una parte se obliga, mediante una prima, a indemnizar las pérdidas o los perjuicios que puedan sobrevenir a la otra parte en casos determinados, fortuitos o de fuerza mayor; o bien a pagar una suma determinada de dinero según la duración o las eventualidades de la vida o de la libertad de una persona.”.

Conforme a esta definición, los contratos de seguro pueden ser clasificados en Seguros de daños o de indemnización y Seguros de personas, estos últimos definidos como aquellas pólizas por las cuales el asegurador se obliga “a pagar una suma determinada de dinero según la duración o las eventualidades de la vida o de la libertad de una persona”, entre las cuales se encuentra el seguro de vida, el de accidentes personales, seguro de salud, seguro de robo, etc.

En lo que respecta al riesgo que se asume en la relación de un contrato de seguro, es desde el punto de vista jurídico un elemento esencial contractual y consiste en un acontecimiento incierto en cuanto al hecho mismo o en cuanto al momento de su realización, o respecto a la cuantía del efecto. El riesgo, se presupone como la posibilidad de que por azar ocurra un hecho que produzca una necesidad patrimonial. Esta necesidad patrimonial puede ser concreta, como ocurre en los seguros contra daños; o abstracta, como ocurre en los seguros de personas o, mejor dicho, en los seguros de sumas, especialmente en el seguro sobre la vida. (M. Garrigues. “El Riesgo en Materia Contractual”. Editorial Jurídica Venezolana. Caracas.).

Es por ello, que en el contrato de seguro el asegurador no puede asumir el riesgo de una manera abstracta, sino que este deber ser debidamente individualizado en la relación contractual, la cual debe ser asumida de manera proporcionada entre ambas partes contratante.

.....
TEMA: CONTRATO DE ADHESIÓN Y LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS

Máxima: se entenderá como contrato de adhesión aquel cuyas cláusulas han sido aprobadas por la autoridad competente o establecidas unilateralmente por el proveedor de bienes o servicios, sin que el consumidor pueda discutir o modificar substancialmente su contenido al momento de contratar. La inserción de otras cláusulas en el contrato no altera la naturaleza descrita de contrato de adhesión.

Máxima: las cláusulas de adhesión son previamente redactadas y no han sido objeto de negociación por separado, sino impuestas al consumidor que no ha podido influir en su contenido y al que le causan un desequilibrio importante en sus derechos y obligaciones; o bien implica una ejecución del contrato significativamente diferente de lo que de éste pudiera legítimamente esperarse.

Máxima: el legislador ha sido consecuente con la idea de que los usuarios o consumidores de determinado servicio y específicamente los contratantes de los planes de seguro, deban tener exacto conocimiento, antes de suscribir el contrato respectivo, del alcance de la cobertura contratada, de lo que sigue que resulte abusivo que

se redacte una cláusula que exonere a la compañía que presta el servicio de su deber de responder, con base a un supuesto que no fue expresamente declarado antes de suscribir el contrato, o bien en el desarrollo de su ejecución.

Máxima: es deber de la empresa aseguradora que está suscribiendo una póliza de seguros para industria y comercio verificar las condiciones que intrínsecamente envuelven el inmueble susceptible de seguro y asumir su cobertura con compromiso para el asegurado quien ha depositado en la empresa de seguros no sólo un monto dinerario sino también la confianza en que su inmueble cuenta con el respaldo o la protección de su garante.

EXTRACTO:

Precisado lo anterior, advierte este Órgano Jurisdiccional que del examen de la cláusula 11 de las condiciones particulares y la cláusula 11, literal “a” del condicionado general y particular del producto Seguro Combinado para la Industria y el Comercio ut supra transcrito, el cual fue circunscrito entre la empresa denunciante y la recurrente, se observa que dichas estipulaciones contractuales reúnen las características de los denominados “contratos de adhesión”, en los cuales queda excluida cualquier posibilidad de debate o dialéctica entre las partes, pues las cláusulas son previamente determinadas por uno sólo de los contratantes, de modo que el otro contratante se limita a aceptar cuanto ha sido establecido por el primero (Vid. Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia, Sentencia Número 962, de fecha 1° de julio de 2003, caso: Soluciones Técnicas Integrales, C.A.), en contraposición a lo que sucede en los contratos típicos u ordinarios, donde las partes pueden convenir, discutir y acordar el contenido mismo del contrato, así como de las obligaciones contraídas, existiendo la posibilidad para ellas de hacer reserva de ciertas cláusulas.

Conforme se aprecia, la característica fundamental de los mencionados contratos de adhesión radica en que sus cláusulas son previamente determinadas por una de las partes, sin que la otra participe en su redacción, conforme a lo previsto en el artículo 81 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario (Gaceta Oficial Nro. 37.930 de fecha 4 de mayo de 2004), aplicable *ratione temporis*, que establece: “Se entenderá como contrato de adhesión, a los efectos de esta Ley, aquel cuyas cláusulas han sido aprobadas por la autoridad competente o establecidas unilateralmente por el proveedor de bienes o servicios, sin que el consumidor pueda discutir o modificar substancialmente su contenido al momento de contratar. La inserción de otras cláusulas en el contrato no altera la naturaleza descrita de contrato de adhesión.” (Destacado de esta Sala).

Ello así, es imperante para esta Corte señalar que conforme a los postulados expuestos en líneas anteriores, la empresa recurrente Mapfre la Seguridad, C.A., al momento de suscribir una póliza de seguros con la empresa Sonido Salvador, C.A., asumió un riesgo ante cualquier eventualidad que ocurriese en el inmueble de éste, para lo cual, si bien previó unas condiciones pragmáticas en la esfera de relaciones que debía regir entre ambas partes, no es menos cierto, que éstas fueran desproporcionadas para el asegurado, quien en el caso de que constatará la ocurrencia de un proceso de construcción que colindara con el inmueble, no contaba con un lapso estipulado para notificarla a la empresa, sin menoscabo que éstas podían ser desconocida para el propio tomador de la póliza.

En este orden, es menester resaltar que los asegurados son consumidores o usuarios de los servicios prestados por las aseguradoras, en tal sentido la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, aplicable al caso de autos, señala respecto a la responsabilidad de los proveedores de bienes o servicios por los perjuicios que ocasionen a los consumidores o usuarios lo siguiente:

“Artículo 6º. Son derechos de los consumidores y usuarios:

5. La obtención de compensaciones efectivas o de la reparación de los daños y perjuicios.”.

Por su parte el artículo 8 de la normativa ejusdem señala:

“Artículo 8º. Los derechos de los consumidores y usuarios consagrados en esta Ley son irrenunciables. Se consideran nulas las estipulaciones que establezcan la renuncia a tales derechos o el compromiso de no ejercerlos en instancias administrativas o jurisdiccionales.”

En consecuencia, los proveedores de bienes o servicios, incluyendo las empresas de seguro, no pueden convenir con los destinatarios de los mismos cláusulas que lesionen sus derechos, impliquen su renuncia o el compromiso de no ejercerlos ante las instancias correspondientes, lo cual en el caso de autos se produjo al imponer al asegurado una responsabilidad que no estaba a su cargo, haciendo a criterio de esta Corte, mucho más gravosa la situación del asegurado al tener que demostrar una exclusión alegada por la empresa; más aún, cuando el hecho con el cual se pretender excluir de responsabilidad la empresa aseguradora para con el asegurado o titular de la póliza, es el proceso de construcción por parte de la empresa del estado “Metro Caracas, C.A.”, la cual colindaba con el inmueble asegurado.



En esta etapa, las empresas recurren a los llamados contratos de adhesión, de escueto diseño y rápida conclusión, que permiten una cierta uniformidad y economía, de tiempo y coste. Así, tal como se precisó con anterioridad, la particularidad de este tipo de actuaciones se encuentra en que la contratación en serie, característica de la actividad comercial, obliga a la redacción de contratos-tipo con un contenido generalmente uniforme, predispuesto y rígido. En estos casos, el consumidor si quiere adquirir el bien o recibir el servicio no tiene otra posibilidad, en dichos contratos de adhesión, que adherirse al contrato redactado por el proveedor, el cual

con frecuencia se aprovecha de su condición de parte fuerte en la relación para introducir cláusulas abusivas.

De las cláusulas abusivas:

Así, esta Corte comparte la definición de “cláusulas abusivas” expuesta por el autor Rivero Alemán, en cual las define como “(...) las previamente redactadas que no han sido objeto de negociación por separado, sino impuestas al consumidor que no ha podido influir en su contenido y al que le causan un desequilibrio importante en sus derechos y obligaciones; o bien implica una ejecución del contrato significativamente diferente de lo que de éste pudiera legítimamente esperarse (...)” (Vid. RIVERO ALEMÁN, Santiago “Disciplina del Crédito Bancario y Protección del Consumidor”. Editorial Aranzadi. Pamplona, 1995. Pág. 274) .

En este orden de ideas, en su oportunidad destacó el Profesor DE CASTRO Y BRAVO, que la “(...) historia no se repite, sí los artificios (...) un grupo social poderoso es este caso, los prestadores de un servicio emplean la forma de contrato para aumentar su poder, desplazar el Derecho legislativo, crear nuevas normas e imponer una jurisdicción a su servicio destacando que las cláusulas de exoneración pueden ser impugnadas por varios motivos; cuando el resultado a que se llegue choque gravemente con los principios de justicia conmutativa o con la buena fe (resolviendo según aconseje la justicia y la equidad al caso concreto); cuando se deje prácticamente al arbitrio de una de las partes el cumplimiento de la prestación principal, y en el caso de que uno de los contratantes se desprenda simplemente de las acciones o excepciones que le correspondan (...) la agravación de las responsabilidades impuesta al cliente y la exoneración de responsabilidad concedida al empresario, no pueden resultar por la especialidad del contrato concertado y hacen que, normalmente se les pueda calificar como renuncia de leyes y, en consecuencia, como cláusulas nulas”. (Vid. DE CASTRO Y BRAVO, Federico. “Las condiciones generales de los contratos y la eficacia de las Leyes”. Madrid: Cuadernos Civitas, 1987. p. 78).

En este orden de ideas resulta oportuna la cita de varios artículos previstos en distintas leyes (derogadas y vigentes), en los que se indican expresamente los aspectos que definen una estipulación contractual abusiva y estos son:

Artículo 21 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario. (Gaceta Oficial Nro. 4.898 de fecha 17 de mayo de 1995).

“No producirán efecto alguno las cláusulas o estipulaciones en los contratos de adhesión que: 1. Otorguen a una de las partes la facultad de resolver a su solo arbitrio el contrato, salvo cuando ella se conceda al comprador en las modalidades de venta por correo (...) 2. Establezcan incrementos de precio por servicio, accesorios, aplazamientos, recargos o indemnizaciones (...) 3. Hagan responsable al consumidor o al usuario por deficiencias, omisiones o errores del proveedor. 4. Priven al consumidor o al usuario de su derecho a resarcimiento frente a deficiencias que afecten la utilidad o finalidad esencial del producto o servicio y 5. Estén redactados en términos vagos o imprecisos (...)”.

Artículo 87 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario. (Gaceta Oficial Nro. 37.930. 4 de mayo de 2004).

“Se considerarán nulas de pleno derecho las cláusulas o estipulaciones establecidas en el contrato de adhesión que: (...) 8. Impongan condiciones injustas de contratación o exageradamente gravosas para el consumidor, le causen indefensión o sean contrarias al orden público y la buena fe (...)”.

Artículo 74 de la Ley de Reforma Parcial de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (Gaceta Oficial Nro. 39.358 de fecha 1º de febrero de 2010).

“Se considerarán nulas las cláusulas o estipulaciones establecidas

en el contrato de adhesión, que (...) 7. Establezcan condiciones injustas de contratación o gravosas para las personas, le causen indefensión o sean contrarias al orden público y la buena fe (...).

Artículo 9 de la Ley del Contrato de Seguro. (Gaceta Oficial Nro. 5.552 de fecha 12 de noviembre de 2001).

“Los contratos de seguros no podrán contener cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los asegurados o los beneficiarios. Los contratos de seguros se redactarán en forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas que contengan la cobertura básica y las exclusiones. (...)”.

Artículo 129 de la Ley de la Actividad Aseguradora. (Gaceta Oficial Nro. 5.990 de fecha 29 de julio de 2010).

“Son derechos de los tomadores, los asegurados o los beneficiarios de los seguros (...) los siguientes:

1. Elegir libremente la empresa de seguros (...) que cubrirá los riesgos a los cuales está expuesto; en consecuencia, ninguna institución o empresa, en especial los bancos, entidades de ahorro y préstamo y demás entidades financieras regidas por la ley que regula la materia bancaria y las concesionarias o sociedades mercantiles, cuyo objeto social sea la venta de vehículos y cualquier otro bien o servicio, podrá en la realización de sus operaciones, obligar a los solicitantes o deudores a suscribir pólizas de seguro o contratos a través de un determinado intermediario, empresa de seguros(...).
2. Acceder al sistema asegurador sin ningún tipo de discriminación.
3. Escoger libremente los proveedores de insumos o servicios (...)
4. Obtener información adecuada sobre las diferentes pólizas, planes o servicios de salud que les permitan elegir conforme a su interés o necesidad.

5. Protección de sus intereses económicos, en reconocimiento de su condición de débil jurídico de la actividad aseguradora y tendrán derecho a ser indemnizados por los daños y perjuicios que le hayan sido causados (...)."

Conforme se infiere de las disposiciones legales anteriormente transcritas, el legislador ha sido consecuente con la idea de que los usuarios o consumidores de determinado servicio y específicamente los contratantes de los planes de seguro, deban tener exacto conocimiento, antes de suscribir el contrato respectivo, del alcance de la cobertura contratada, de lo que sigue que resulte abusivo que se redacte una cláusula que exonere a la compañía que presta el servicio de su deber de responder, con base a un supuesto que no fue expresamente declarado antes de suscribir el contrato, o bien en el desarrollo de su ejecución.

Ello así, y analizado lo expuesto en líneas anteriores en caso de autos, resulta desproporcional e incluso abusivo para esta Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, que la empresa recurrente niegue la indemnización, alegando el incumplimiento de la tomadora de la póliza de advertirle la existencia de inmuebles desocupados no conocidos por la aseguradora o en su defecto la tramitación de alguna obra como en el caso de marras, en la que la recurrente señala una construcción de una obra del Metro Caracas, y que ello conlleve a la pérdida total de indemnización alguna aun cuando la aseguradora haya recibido el pago íntegro de la póliza suscrita, pues tal y como se ha hecho énfasis en líneas anteriores, es el deber de la empresa aseguradora que está suscribiendo una póliza de seguros para industria y comercio verificar las condiciones que intrínsecamente envuelven el inmueble susceptible de seguro, y asumir su cobertura con compromiso para el asegurado quien ha depositado en la empresa de seguros no sólo un monto dinerario sino también la confianza en que su inmueble cuenta con el respaldo o la protección de su garante.

Ahora bien, en este orden de idea es menester para esta Corte enunciar que del análisis exhaustivo y pormenorizado de la póliza individual de

seguro de industria y comercio circunscrita entre la sociedad mercantil Sonido Salvador, C.A., y la empresa recurrente, se puede observar del folio cuarenta y nueve (49) del expediente judicial, que la misma tuvo como fecha de inicio el 25 de agosto del año 2003, mediante póliza No. 2920322000052, y que la misma estaba amparada por robo, asalto, y atraco con un deducible del veinte por ciento (20%) de la pérdida.



De lo anteriormente descrito, puede colegir este Órgano Jurisdiccional que al momento en que se suscribió la relación aseguradora entre la sociedad Sonido Salvador, C.A., y la empresa recurrente, ésta conocía ampliamente los aspectos que intrínsecamente envuelve las condiciones de seguridad del predio asegurado, en la que se evidencia que ante un posible siniestro de robo, el inmueble no contaba con sistema de alarma, ni con una protección apropiada en las ventanas y vitrinas, y que para la suscripción de la póliza no había linderos desocupados; quien posteriormente aduciendo la implementación de una cláusula contractual pretende eximir y justificar su obligación convenida.

Siendo esto así, debe esta Corte destacar los elementos que pueden constituir una efectiva protección de los intereses económicos y sociales del consumidor y usuario frente a las cláusulas contenidas en un contrato de adhesión.



TEMA: CLÁUSULAS DE ADHESIÓN (CONTROL)

Máxima: se pueden establecer tres (3) momentos diferentes en la tarea de hacer efectivo el control concreto del clausulado de un contrato de adhesión: el control de incorporación, el de interpretación y el de contenido de la cláusula.

Máxima: la función primordial del control de incorpo-

ración es hacerle saber de la existencia de condiciones aplicables al contrato y permitirle disponer de ellas durante la vida del mismo para que adapte su conducta. Para que unas cláusulas queden incorporadas al contrato válidamente han de estar redactadas con un mínimo de comprensibilidad y legibilidad.

Máxima: el control de interpretación se refiere a que frente al proveedor que redacta o impone las cláusulas se utiliza la antigua regla “contra proferentem” y, así, en la duda sobre el significado de dichas condiciones, la interpretación se hará de modo que no favorezca al proveedor, por ser la parte que ocasionó la oscuridad.

Máxima: con respecto al control de contenido, las cláusulas que hayan quedado válidamente incorporadas al contrato sólo son válidas si no se consideran como cláusulas abusivas, por ejemplo, aquellas que hagan responsable al consumidor o al usuario por deficiencias, omisiones o errores del proveedor.

Máxima: el operador jurídico ha de analizar cada caso en concreto y, en especial, las siguientes circunstancias: en primer lugar, cuál sería la regulación aplicable al contrato en caso de no existir la cláusula, es decir, la que resultaría de la aplicación del derecho dispositivo, de los usos o de una valoración equilibrada de los intereses de ambos contratantes. En segundo lugar, comparar dicha regulación con la que resulta de la aplicación de la cláusula. Si existe una discrepancia entre ambas y tal discrepancia no está justificada por circunstancias generales (relativas al tipo de contrato celebrado) o particulares (relativas al contrato concreto), habrá de concluirse que la cláusula es abusiva y, por tanto, nula. Por tanto, bue-

na fe significa conformidad de la cláusula con el reparto de riesgos recogido en el Derecho positivo o, a falta de éste, con el que resulta de una valoración equilibrada de los intereses de ambas partes.

EXTRACTO:

En este sentido, se destaca que de la legislación se pueden establecer tres momentos diferentes en la tarea de hacer efectivo el control concreto del clausulado de un contrato de adhesión: el control de incorporación, el de interpretación y el de contenido. En el proceso de análisis de las cláusulas o estipulaciones se sigue la siguiente secuencia: el control de inclusión en primer lugar, para proceder luego a la interpretación conforme a los criterios o requisitos de la hermenéutica y, por último con arreglo a ellos, efectuar el control del contenido de la cláusula.

El operador jurídico que se encuentre en presencia de cláusulas generales que afecten a un consumidor, ha de plantearse la secuencia apuntada para determinar si las mismas han superado el control de inclusión y pueden ser integradas formando parte del contrato en sentido jurídico, en tarea previa a la interpretación; pues únicamente habrán de ser interpretados los pactos que se consideren parte del acto negocial, sin ser suficiente que el consumidor haya expresado su consentimiento para que pueda estimarse la validez de aquellas cláusulas que no reúnan ciertos y determinados requisitos en su redacción y plasmación.

La inclusión considera los requisitos que han de cumplir las condiciones generales para ser integradas en el contrato y, una vez superado éste, el control de contenido es el que concierne a la existencia de buena fe y justo equilibrio de las prestaciones exigibles, con rechazo de las cláusulas abusivas.

a) Control de incorporación:

Como se señaló anteriormente, el artículo 117 de la Constitución reconoce a todas las personas la “libertad de elección”, así como el derecho a una información adecuada y no engañosa sobre el contenido y características de los productos y servicios que consumen. Por su parte, el artículo 6, numeral 3, de la entonces vigente Ley de Protección al Consumidor y al Usuario de 2004 establecía que son derechos de los consumidores y de los usuarios “La información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los diferentes bienes y servicios puestos a su disposición en el mercado, con especificaciones de precios, cantidad, peso, características, calidad, riesgos y demás datos de interés inherentes a su naturaleza, composición y contraindicaciones que les permita elegir de conformidad con sus necesidades y obtener un aprovechamiento satisfactorio y seguro”.

Los requisitos de incorporación tienen por objeto garantizar que el cliente consienta legítimamente. Su función primordial es hacerle saber de la existencia de condiciones aplicables al contrato y permitirle disponer de ellas durante la vida del mismo para que adapte su conducta (función de publicidad).

El dato que primero debe advertirse en los contratos de adhesión se refiere al consentimiento, pues se afirma que: “se consiente sobre lo conocido y entendido”. Muchas veces, por su complejidad, algunas cláusulas de los contratos de adhesión no pueden ser entendidas por los clientes. Faltaría, por tanto, en esos casos, un requisito esencial para que puedan formar parte del contenido del contrato (artículo 1141, ordinal 1° del Código Civil). En estos supuestos, se estaría ante una cuestión de hecho: averiguar si hubo o no tal consentimiento.

Al respecto, por una parte, se puede decir que no cabe suponer conocido por un comprador cualquiera, lo que requiere el estudio de un especialista. De otra parte, se alega que quien no se entera de las condiciones generales es culpable por negligente y que debe, por tanto, pechar con las consecuencias de su falta de diligencia. Dificultades que no se salvan con la cláusula por la que el cliente se declara enterado de todas y conforme

con todas las disposiciones de las cláusulas generales, porque ella plantea a su vez la pregunta de si fue debidamente entendida y querida. (Vid. De Castro. Ob. cit. p. 60).

Se ha señalado también que la libertad, fundamento de la autonomía de la contratación, no existe verdaderamente en el consumidor, que ha de aceptar las cláusulas generales para obtener lo que necesita, obligado a ello por monopolio de hecho o de derecho, o bien porque todas las empresas del ramo las imponen. Este defecto, a pesar de su importancia, se considera en general insuficiente para la impugnación de las cláusulas, pues la coacción implícita que determina su aceptación no llega a ser uno de los vicios de la voluntad enumerados por la ley.

De allí que, para que unas cláusulas queden incorporadas al contrato válidamente han de estar redactadas con un mínimo de comprensibilidad y legibilidad. Estas reglas se aplican literalmente a los contratos que habitualmente se documentan por escrito y analógicamente a los contratos que habitualmente se celebran en forma oral, de manera que pueda afirmarse que el predisponente ha dado a conocer de forma suficiente la existencia y contenido de las condiciones generales.

Así, el artículo 82 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, vigente para el momento en que ocurrieron los hechos, establecía que los contratos de adhesión:

“Deberá estar redactado en términos claros y comprensibles para el consumidor y no podrá contener remisiones a textos o documentos que, no siendo de conocimiento público, no se faciliten al consumidor previa o simultáneamente a la celebración del contrato de adhesión”; asimismo la mencionada cláusula expresamente establecía que “Las cláusulas que en los contratos de adhesión implicaren limitaciones a los derechos patrimoniales del consumidor, deberán ser impresas en caracteres destacados, que faciliten su inmediata y fácil comprensión”.

De esta forma, cualquier cláusula que no cumpliera con estos requisitos no puede entenderse válidamente incorporada al contrato de adhesión y, por lo tanto, ha de considerarse nula de pleno derecho. De acuerdo con la doctrina, tampoco quedarían incorporadas al contrato las denominadas cláusulas sorprendentes, es decir, aquellas que sean tan insólitas que al adherente no hubiera podido contar razonablemente con su existencia. Son tales aquellas cláusulas cuyo contenido contradice las expectativas que razonablemente se hubiera podido hacer el adherente atendiendo al tipo de contrato celebrado.

En conclusión, la conculcación de la buena fe contractual puede dar lugar a vicios contractuales del consentimiento, en tanto que es capaz de producir error excusable, como expresión del engaño producido a través de la publicidad, de una redacción contractual poco clara y ambigua o, incluso, por un sistema de venta agresivo dentro o fuera del establecimiento. En suma, estas transgresiones se sitúan más allá de la frontera que el ordenamiento jurídico ha de establecer en beneficio del común de sus ciudadanos y, en nuestro caso, del consumidor o usuario.

b) Control de interpretación:

Superado el control de inclusión previo, sigue la interpretación de las cláusulas generales que conforman el contrato de adhesión, lo que comporta el análisis de las mismas a partir de ciertas reglas o criterios. Así, en el ámbito de la interpretación de los contratos de adhesión, tiene especial importancia la regla contra proferentem por ser aplicable a todos los supuestos en los que la oscuridad o duda sea imputable de manera exclusiva a uno de los contratantes.

En efecto, frente al proveedor que redacta o impone las cláusulas se utiliza la antigua regla “contra proferentem” y, así, en la duda sobre el significado de dichas condiciones, la interpretación se hará de modo que no favorezca al proveedor, por ser la parte que ocasionó la oscuridad.

Además, es aplicable la llamada regla de la prevalencia del acuerdo individual sobre el general en caso de contradicción entre ambos. La regla se modificaría, sin embargo, en el caso de que el adherente sea un consumidor porque, en tal caso, el conflicto se resuelve aplicando la condición más favorable para el débil jurídico, con independencia de que sea la condición general o el acuerdo individual. Asimismo, en caso de contradicción entre dos cláusulas, la cuestión no debe resolverse a favor de aquella que sea más conforme con el tipo y la causa del contrato celebrado, sino se aplicará la regla contra proferentem, por ser la parte que ocasionó la contradicción.

c) Control de contenido:

Las cláusulas que hayan quedado válidamente incorporadas al contrato sólo son válidas si no se consideran como cláusulas abusivas, por ejemplo, aquellas que hagan responsable al consumidor o al usuario por deficiencias, omisiones o errores del proveedor, tal como lo establecía el artículo 87, numeral 1 de la entonces vigente Ley de Protección al Consumidor y al Usuario.

En consideración de este Órgano Jurisdiccional, mayor alcance puede tener el control de contenido que se ejerza a través de la invocación de esta cláusula, como límite irrebasable de la legalidad de las estipulaciones de un contrato de adhesión. Podría llegarse con ella incluso a la eliminación de cláusulas que concedan ventajas injustificadas al proveedor. Esto último nos llevan irremisiblemente a la cuestión fundamental: cuándo una cláusula se considera abusiva.

Para determinar si una cláusula de un contrato de adhesión resulta conforme con esta garantía, el operador jurídico ha de analizar cada caso en concreto y, en especial, las siguientes circunstancias: en primer lugar, cuál sería la regulación aplicable al contrato en caso de no existir la cláusula, es decir, la que resultaría de la aplicación del derecho dispositivo, de los usos o de una valoración equilibrada de los intereses de ambos contratan-

tes. En segundo lugar, comparar dicha regulación con la que resulta de la aplicación de la cláusula. Si existe una discrepancia entre ambas y tal discrepancia no está justificada por circunstancias generales (relativas al tipo de contrato celebrado) o particulares (relativas al contrato concreto), habrá de concluirse que la cláusula es abusiva y, por tanto, nula. Por tanto, buena fe significa conformidad de la cláusula con el reparto de riesgos recogido en el Derecho positivo o, a falta de éste, con el que resulta de una valoración equilibrada de los intereses de ambas partes.

De lo dicho ha de deducirse que la invalidez de una cláusula puede darse lo mismo en el caso de estar contenida en un contrato ordinario que en el de encontrarse en un contrato de adhesión. La especialidad de los contratos de adhesión reside, en otra parte, en la peligrosidad intrínseca de este modo de proceder; pues, redactadas por una empresa o grupo de empresarios, es presumible se considere en ellas sólo el interés de éstos; prefabricadas, sin atender a ningún contrato concreto, quedan separadas, independizadas del contrato al que se les añada. Por todo ello, la agravación de responsabilidad impuesta al cliente y la exoneración de responsabilidades concedida al empresario, no pueden resultar justificadas por la especialidad del contrato concertado y hacen que, normalmente, se les pueda calificar como renuncia de leyes y, en su consecuencia, como cláusulas nulas.

.....

TEMA: ILICITUD DE LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS. BUENA FE EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: el recurso a la buena fe significa valoración equilibrada (es decir, conforme con la valoración que realiza el legislador) de los intereses de las partes. Así, la nulidad total del contrato es absolutamente excepcional. Se trata de un supuesto de rescisión para los casos en los que no pueda exigirse al predisponente continuar vinculado al contrato tal como ha quedado tras la ampu-

tación de las cláusulas nulas y la integración de conformidad con el Derecho dispositivo.

Máxima: la nulidad de la cláusula contractual como elemento que produzca o traiga aparejada la nulidad del contrato de adhesión en su totalidad, debe ser considerada como una situación excepcional, como elemento para proteger los demás derechos del consumidor reconocidos en la convención a la cual se ha adherido, de manera que la sola nulidad de una cláusula debe considerarse limitada en sus efectos, de forma que tal circunstancia no afecte al contrato en general.

EXTRACTO:

Finalmente, será necesario tratar, aunque sea brevemente, la cuestión de si la nulidad de una cláusula arrastra consigo la nulidad de todo el contrato de que forma parte (“vitiatur et vitiat”) o si, por el contrario, el contrato sigue siendo eficaz, aunque haya de serlo con la modificación de estimar como no puesta la cláusula (“pro scripta non habetur”) y como válido todo lo demás convenido (“vitiatur sed non vitiat”).

De no ser posible la integración por la aportación objetiva del juez que mantenga la duda de la existencia de la voluntad de la parte adherente en la continuidad del contrato, procederá la declaración de ineficacia total por iniquidad, supuesto éste no siempre conveniente para el consumidor que al pretender la nulidad de una cláusula, se encuentre con la invalidez de todo el contrato y perjudicado, más que beneficiado, por su acción.

Siendo ello así, el ámbito material de la nulidad viene determinado por el concepto de cláusula en sentido material. No cabe la nulidad parcial de una cláusula. De esta forma, el recurso a la buena fe significa valoración equilibrada (es decir, conforme con la valoración que realiza el legislador) de los intereses de las partes. Así, la nulidad total del contrato es absolu-

tamente excepcional. Se trata de un supuesto de rescisión para los casos en los que no pueda exigirse al predisponente continuar vinculado al contrato tal como ha quedado tras la amputación de las cláusulas nulas y la integración de conformidad con el Derecho dispositivo.

De esta forma, la nulidad de la cláusula contractual como elemento que produzca o traiga aparejada la nulidad del contrato de adhesión en su totalidad, como se dijo, debe ser considerada como una situación excepcional, como elemento para proteger los demás derechos del consumidor reconocidos en la convención a la cual se ha adherido, de manera que la sola nulidad de una cláusula debe considerarse limitada en sus efectos, de forma que tal circunstancia no afecte al contrato en general.

.....

TEMA: CLÁUSULA DE COLINDANCIA Y LA OMISIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LOS INMUEBLES O CONSTRUCCIONES COLIDANTES QUE PUDIERAN INCREMENTAR EL RIESGO (PÓLIZAS PARA INDUSTRIAS Y COMERCIOS)

Máxima: se colige que las cláusulas del contrato suscrito en el presente caso son desproporcionadas para el asegurado en el ámbito de la relación contractual circunscrita, toda vez que lo coloca en situación de desventaja en la relación, ya que la condición de construcción que colinde con el inmueble puede ser desconocido por el tomador de la póliza, o en el caso de conocerlo, no cuenta con un lapso para declararla una vez verificada; ello por cuanto a todas luces, el asegurado asumió un contrato de seguro, con base a un documento contractual prestablecido, en la que él se adhirió por el estado de necesidad de cubrir los riesgos que podía acontecerle al inmueble, en la que no coexistió el principio de autonomía de voluntad de las partes.

Máxima: no se trata de consagrar la obligación legal de realizar un examen riguroso para todos los eventuales interesados en adherirse al Contrato de Póliza Dorada para Industria y Comercio, sino de evitar un perjuicio para el particular, a quien no le era exigible denunciar la existencia en la desocupación de un inmueble o del inicio de una obra de construcción que desconocía al momento de la ocurrencia del siniestro. Asimismo, la empresa de seguro estaría obligada a analizar la información suministrada, v.g. inmuebles desocupados, invadidos o abandonados, que aumente de tal modo el riesgo que dicha omisión suponga alteraciones del contrato o desigualdades odiosas en contra del asegurador.

EXTRACTO:

Ahora bien, en el caso de autos, del mencionado Contrato de Seguro se desprende un condicionado especial inserto en las Condiciones Generales de la Póliza Dorada para Industria y Comercio, el título denominado “exoneración de responsabilidad”, que establece en la cláusula 11, lo siguiente:

“CLÁUSULA 11:

La Compañía queda relevada de toda obligación a indemnizar si el Asegurado o cualquier otra persona autorizada por este:

a) Le suministre en cualquier momento, información falsa o inexacta u omitiere cualquier dato o incurriese en cualquier reticencia tendiente a ocultar o mitigar hechos o circunstancias que, de haber sido conocidos por la Compañía en su verdadera extensión, la hubieran llevado a modificar las condiciones de la Póliza o a inhibirse o suscribirla”.

Asimismo en las Condiciones Particulares de la Póliza Dorada para Indus-

tria y Comercio, circunscrita entre la empresa recurrente y la denunciante, en la que se estableció en la Cláusula 11, lo que se detalla a continuación:

“CLÀUSULA 11 COLINDANCIAS

El Asegurado se obliga a comunicar a la Compañía la existencia de inmuebles desocupados, invadidos, abandonados o en ruinas, terrenos sin edificar y obras en demolición o en proceso de construcción que colinden con el inmueble contentivo de los bienes asegurados y a pagar la prima que corresponda por el incremento de riesgo. En caso de siniestro y de no haber cumplido esa obligación, el Asegurado perderá derecho a su indemnización”.

De las cláusulas supra trascritas, se colige que éstas son desproporcionadas para el asegurado en el ámbito de la relación contractual circunscrita, toda vez que lo coloca en situación de desventaja en la relación, ya que la condición de construcción que colinde con el inmueble puede ser desconocido por el tomador de la póliza, o en el caso de conocerlo, no cuenta con un lapso para declararla una vez verificada; ello por cuanto a todas luces, el asegurado asumió un contrato de seguro, con base a un documento contractual prestablecido, en la que él se adhirió por el estado de necesidad de cubrir los riesgos que podía acontecerle al inmueble, en la que no coexistió el principio de autonomía de voluntad de las partes.

En este sentido, se advierte que el artículo 87 de la entonces vigente Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, expresamente establecía que

“Se considerarán nulas de pleno derecho las cláusulas o estipulaciones establecidas en el contrato de adhesión que: (...) 8. Cualquier otra cláusula o estipulación que imponga condiciones injustas de contratación o exageradamente gravosas para el consumidor, le causen indefensión o sean contrarias al orden público y la buena fe (...)”.

En razón de ello, estima esta Corte que en lo que concierne al caso de

autos, no se trata de consagrar la obligación legal de realizar un examen riguroso para todos los eventuales interesados en adherirse al Contrato de Póliza Dorada para Industria y Comercio, sino de evitar un perjuicio para el particular, a quien no le era exigible denunciar la existencia en la desocupación de un inmueble o del inicio de una obra de construcción que desconocía al momento de la ocurrencia del siniestro. Asimismo, la empresa de seguro, estaría obligada a analizar en cada caso particular si el hecho que o se suministre información o no comunique la existencia de inmuebles desocupados, invadidos o abandonados, aumente de tal modo el riesgo que dicha omisión suponga alteraciones del contrato, desigualdades odiosas en contra del asegurador, por cuanto en caso contrario, una exoneración de ese tipo, sería desproporcionada si en nada afecta a la producción del riesgo.

El artículo 1 de la Ley en comento, incluye dentro de su ámbito, el establecimiento de “(...) los ilícitos administrativos y penales en los procedimientos para el resarcimiento de los daños sufridos por causa de los proveedores de bienes y servicios y para la aplicación de las sanciones a quienes violenten los derechos de los consumidores y usuarios.”.

Por su parte, el artículo 92 *eiusdem*, establece:

“Artículo 92. Los proveedores de bienes o servicios, cualquiera sea su naturaleza jurídica, incurrirán en responsabilidad civil y administrativa, tanto por los hechos propios como por los de sus dependientes o auxiliares, permanentes o circunstanciales, aun cuando no tengan con los mismos una relación laboral”.

.....

TEMA: CARGA Y COMUNIDAD PROBATORIA

Máxima: en los procedimientos como el tramitado en el caso de autos, en los que el órgano administrativo autorizado por la ley para sustanciarlos y resolverlos (cuyo único interés es el cumplimiento de la ley en ejercicio

de la competencia que le ha sido otorgada y que está obligada a ejercer) decide una controversia entre partes, la carga de la prueba corresponde a éstas, quienes facultativamente están en libertad de aportarla o no, so pena de que la decisión sea adversa a aquélla que estaba en mejores condiciones de probar y, en consecuencia debía suministrar los elementos de convicción necesarios para evitarse consecuencias desfavorables.

Máxima: la aludida carga indica a quién interesa la demostración del hecho en el proceso y debe en consecuencia evitar que ésta falte, pero no significa que la parte sobre quien recaiga sea necesariamente la que la aporte, pues en virtud del principio de comunidad probatoria basta que la prueba aparezca, independientemente de quién la aduce.

Máxima: el hecho denunciado contra la empresa aseguradora es la negativa de indemnizar el siniestro reportado por la asegurada, y que en el procedimiento administrativo se constató que la empresa de seguros rechazó el mismo alegando una supuesta desinformación por parte del asegurado de especificar los bienes inmuebles colindantes, información que cabe destacar debió ser levantada por la empresa aseguradora al momento de otorgar la póliza de seguros.

Máxima: las actuaciones administrativas formalizadas en el oportuno expediente no tienen la consideración de simple denuncia, sino que son susceptibles de valorarse como prueba en la vía judicial contencioso-administrativa, pudiendo servir para destruir la presunción de inocencia sin necesidad de reiterar en dicha vía la actividad probatoria de cargo practicada en el expediente administrativo.

EXTRACTO:

Del análisis concatenado de las normas supra citadas se desprende, que la Ley consagra dos tipos de responsabilidades del proveedor de servicios (como lo es en el presente caso), la responsabilidad civil y administrativa, ésta última, deberá estar causada por la infracción del prestador de servicios a sus normas, en este sentido, la responsabilidad administrativa atiende a la reprensión que la Administración hace, previo procedimiento administrativo en el cual se determine la existencia de dicha infracción, al proveedor de bienes y servicios por el incumplimiento de las obligaciones que le impone el cuerpo normativo.

Es así, como el inicio del procedimiento debe hacerse de tal manera que al investigado se le permita, en la siguiente fase del proceso, desvirtuar los hechos de los que presuntamente es responsable; motivo por el cual la Administración, a través de medios de prueba concretos, pertinentes y legales, atendiendo a las razones y defensas expuestas por el indiciado, deberá determinar, definitivamente, sin ningún tipo de duda, la culpabilidad del indiciado, declarar su responsabilidad y aplicar las sanciones consagradas expresamente en leyes, de manera proporcional.

En el caso de autos, debe esta Corte señalar, que el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPA-BIS), puede iniciar procedimientos de oficio o continuar aquellos que se hubieren iniciado previa denuncia, (y que además siempre tiene el deber de impulso procesal y de realizar las actuaciones necesarias para el mejor conocimiento del asunto), y que en los procedimientos como el tramitado en el caso de autos, en los que el órgano administrativo autorizado por la ley para sustanciarlos y resolverlos (cuyo único interés es el cumplimiento de la ley en ejercicio de la competencia que le ha sido otorgada y que está obligada a ejercer) decide una controversia entre partes, la carga de la prueba corresponde a éstas, quienes facultativamente están en libertad de

aportarla o no, so pena de que la decisión sea adversa a aquélla que estaba en mejores condiciones de probar y, en consecuencia debía suministrar los elementos de convicción necesarios para evitarse consecuencias desfavorables. (Vid. sentencia Nº 00314 de la Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia, de fecha 22 de febrero de 2007).

La aludida carga indica a quién interesa la demostración del hecho en el proceso y debe en consecuencia evitar que ésta falte, pero no significa que la parte sobre quien recaiga sea necesariamente la que la aporte, pues en virtud del principio de comunidad probatoria basta que la prueba aparezca, independientemente de quién la aduce.

Por lo tanto, el denunciado es también interesado en aportar los elementos que estime pertinentes en pro de su defensa, más cuando alega hechos nuevos de los cuales quiera valerse para desvirtuar los alegatos de la otra parte.

De tal forma, advierte esta Instancia Jurisdiccional con fundamento en las argumentaciones de hecho y de derecho antes esgrimidas, y en especial del estudio de las actas que conforman tanto el expediente administrativo como el expediente judicial en el presente caso, que el hecho denunciado contra la empresa aseguradora, es la negativa de indemnizar el siniestro reportado por la sociedad mercantil Sonido Salvador C.A., y que en el procedimiento administrativo se constató que Mapfre La Seguridad C.A., De Seguros rechazó el mismo alegando una supuesta desinformación por parte del asegurado de especificar los bienes inmuebles colindantes, información que cabe destacar debió ser levantada por la empresa aseguradora al momento de otorgar la póliza de seguros.

Cabe destacar en el presente caso, el criterio establecido por el Tribunal Constitucional español, y en el que concuerda esta Corte, en el cual se indicó que “las actuaciones administrativas formalizadas en el oportuno expediente no tienen la consideración de simple denuncia, sino que son susceptibles de valorarse como prueba en la vía judicial contencioso-ad-

ministrativa, pudiendo servir para destruir la presunción de inocencia sin necesidad de reiterar en dicha vía la actividad probatoria de cargo practicada en el expediente administrativo”. (Vid. Sentencia del 20 de diciembre de 1990 N° 212/1990).

Siendo ello así, aprecia este Órgano Jurisdiccional que la decisión del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECUC) —hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS)-, estuvo fundamentada en lo alegado y probado en autos, haciendo énfasis en los propios dichos de la entidad recurrente y de la Resolución S/N del 8 de abril de 2008, emanado del antiguo Consejo Directivo del Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (Indecu), hoy, Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (Indepabis), mediante el cual declaró sin lugar el recurso jerárquico incoado y por lo tanto confirmó en todas sus partes, la decisión de fecha 17 de marzo de 2005, que sancionó a la recurrente con multa de Setecientas Unidades Tributarias (700 U.T), equivalente a Veinte Millones Quinientos Ochenta Mil Bolívares (Bs. 20.580.000,00), actualmente —debido al proceso de reconversión monetaria- Veinte Mil Quinientos Ochenta Bolívares Fuertes (Bs. F 20.580,00), en virtud del incumplimiento del artículo 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, motivo por el cual esta Corte observa que la Administración recurrida abrió, en efecto, el correspondiente procedimiento administrativo, y durante el mismo la recurrente contó con la oportunidad de formular sus alegatos y presentar pruebas, haciendo uso de ellas, tal y como se colige del acto impugnado, del expediente administrativo y del propio texto del libelo, por lo que aprecia esta Corte que la orden impuesta a la empresa aseguradora por el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECUC) —hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS)-, se efectuó por haber considerado ésta suficientemente acreditados los hechos incriminadores, sobre la base de elementos probatorios capaces de enervar la presunción de inocencia. Así se decide.

Ahora bien, observa la Corte, que a lo largo del procedimiento administrativo la sociedad de comercio Mapfre La Seguridad C.A., De Seguros, se reitera, no levantó la información veraz y certera necesaria para asegurar en términos claros a la denunciante, por lo que no puede imputar exclusivamente en cabeza de éste la falta de información que ella misma debió corroborar al momento de suscribir el contrato de seguro, razón por la cual la Administración consideró, a juicio de éste Órgano Jurisdiccional ajustado a derecho, que no cumplió lo establecido en el citado artículo 92, infringiendo de esa manera lo preceptuado en el artículo 122 *eiusdem*, norma aplicable en virtud del incumplimiento contractual de la recurrente. En consecuencia, se desestima la denuncia interpuesta. Así se declara.

En orden a lo anterior, no encuentra esta Corte que la conducta del Instituto recurrido, hubiera podido generarle a la parte recurrente, la “violación flagrante a los principios generales de buena fe, la seguridad jurídica y la expectativa plausible (...)” considerando la empresa que para ser proveedora de un servicio como el expuesto en el caso de autos se debe cumplir a cabalidad con todos los procedimientos internos para establecer con seguridad los límites de su cobertura, lo cual no sucedió en el presente caso, por lo que se desecha el alegato de violación al principio de confianza, expectativa plausible y seguridad jurídica invocado por la parte actora. Así se declara.

En virtud de los razonamientos expuestos, esta Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo estima, que el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) –hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS)-, actuó conforme a derecho, al dictar –a través de su Consejo Directivo- la Resolución S/N de fecha 8 de abril de 2008, mediante el cual declaró sin lugar el recurso jerárquico incoado por la empresa recurrente), mediante el cual declaró sin lugar el recurso jerárquico incoado y confirmó en todas sus partes, la decisión de fecha 17 de marzo de 2005, que sancionó a la recurrente con multa de Setecientas Unidades Tributarias (700 U.T), equivalente a Veinte Millones Quinientos Ochenta Mil Bolívares (Bs.

20.580.000,00), actualmente —debido al proceso de reconversión monetaria- Veinte Mil Quinientos Ochenta Bolívars Fuertes (Bs. F 20.580,00), motivo por el cual declara sin lugar el recurso contencioso administrativo de nulidad. Así se decide.

• • • • •

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00095.

FECHA: 06 de febrero de 2013.

PARTES: Seguros Guayana C.A., contra Ministerio del Poder Popular para Economía y Finanzas.

• • • • •

TEMA: CLÁUSULAS DE ADHESIÓN. CONTROL DE INCORPORACIÓN, DE INTERPRETACIÓN Y DE CONTENIDO

Máxima: se pueden establecer tres momentos diferentes en la tarea de hacer efectivo el control concreto del clausulado de un contrato de adhesión: el control de incorporación, el de interpretación y el de contenido de la cláusula.

Máxima: la función primordial del control de incorporación es hacerle saber de la existencia de condiciones aplicables al contrato y permitirle disponer de ellas durante la vida del mismo para que adapte su conducta. Para que unas cláusulas queden incorporadas al contrato válidamente han de estar redactadas con un mínimo de comprensibilidad y legibilidad.

Máxima: el control de interpretación se refiere a que frente al proveedor que redacta o impone las cláusulas

se utiliza la antigua regla “contra proferentem” y, así, en la duda sobre el significado de dichas condiciones, la interpretación se hará de modo que no favorezca al proveedor, por ser la parte que ocasionó la oscuridad.

Máxima: con respecto al control de contenido, las cláusulas que hayan quedado válidamente incorporadas al contrato sólo son válidas si no se consideran como cláusulas abusivas, por ejemplo, aquellas que hagan responsable al consumidor o al usuario por deficiencias, omisiones o errores del proveedor.

Máxima: el operador jurídico ha de analizar cada caso en concreto y, en especial, las siguientes circunstancias: en primer lugar, cuál sería la regulación aplicable al contrato en caso de no existir la cláusula, es decir, la que resultaría de la aplicación del derecho dispositivo, de los usos o de una valoración equilibrada de los intereses de ambos contratantes. En segundo lugar, comparar dicha regulación con la que resulta de la aplicación de la cláusula. Si existe una discrepancia entre ambas y tal discrepancia no está justificada por circunstancias generales (relativas al tipo de contrato celebrado) o particulares (relativas al contrato concreto), habrá de concluirse que la cláusula es abusiva y, por tanto, nula. Por tanto, buena fe significa conformidad de la cláusula con el reparto de riesgos recogido en el Derecho positivo o, a falta de éste, con el que resulta de una valoración equilibrada de los intereses de ambas partes.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse en cuanto al recurso de nulidad interpuesto por la sociedad mercantil C.A. Seguros Guayana contra la Re-

solución N° 2.999 de fecha 18 de marzo de 2011 dictada por el Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas, mediante la cual declaró sin lugar el recurso jerárquico interpuesto contra la Providencia Administrativa N° FSS-2-3-001832 de fecha 16 de julio de 2010 emitida por la Superintendencia de Seguros (actualmente Superintendencia de la Actividad Aseguradora), en la que declaró sin lugar el recurso de reconsideración incoado contra la Providencia Administrativa N° FSS-2-3-000740 de fecha 18 de febrero de 2010, por la que sancionó a la recurrente con multa por la cantidad de treinta y cuatro mil quinientos cincuenta bolívares (Bs. 34.550,00), por “haber incurrido en el supuesto de elusión previsto y sancionado en el artículo 175 de la derogada Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros [vigente entonces], con respecto a los hechos relacionados con la reclamación presentada por el ciudadano Javier Pacheco Castro”.

De acuerdo a los alegatos de la representación judicial de la mencionada sociedad mercantil, esta Sala pasa a resolver el asunto, en los siguientes términos:

La parte accionante considera que, con la resolución impugnada, la Administración incurrió en el vicio de falso supuesto de derecho, por cuanto la norma aplicable fue erróneamente interpretada, en razón de que -según adujo- no estaba en la obligación de otorgar el servicio de carta aval a la asegurada, “por cuanto la misma es un servicio de valor agregado que tienen las empresas aseguradoras de otorgar o no dichas Cartas Avales”.

Esa representación judicial también agregó que a pesar de la afirmación de la Administración, respecto a que de conformidad con el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, vigente entonces, las empresas aseguradoras están obligadas a notificar por escrito dentro del plazo indicado de los motivos que fueron considerados para el rechazo de la carta aval, su representada “no estaba obligada a emitir un pronunciamiento por escrito de las razones por las cuales no las otorga, por cuanto eso constituye una potestad de la compañía aseguradora. Y que “ninguna disposición legal ni jurisprudencial señala expresamente que las empresas

aseguradoras deban indicar por escrito las razones por las cuales decide negar el servicio de Carta Aval, toda vez que la póliza suscrita señalaba específicamente que la indemnización se haría mediante reembolso, razón por la cual no se debe especificar por escrito el por qué no se otorga un servicio que nunca se ofreció y en el que las partes están al tanto y de acuerdo.

La parte recurrente considera que el acto administrativo impugnado “se encuentra inmerso en el vicio de falso supuesto de derecho, al ratificar una decisión que sostiene que C.A. Seguros Guayana incurrió en el supuesto de Elusión, y en consecuencia, está viciado de nulidad.

Por su parte, la representación de la República Bolivariana de Venezuela solicitó que el presente recurso de nulidad fuese declarado sin lugar, por cuanto la resolución impugnada “se dictó con total apego a las normas constitucionales y legales que rigen la materia de la actividad aseguradora”, y que el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros “contempla sancionar a las empresas de seguros que no cumplan con sus obligaciones frente a sus contratantes, tomadores y/o beneficiarios”, por lo que la sanción impuesta a la accionante se fundamentó en la omisión de expresar por escrito las razones por las cuales negó la emisión de carta aval a la ciudadana Nelba María CASTRO de PACHECO.

Observa la Sala que el asunto debatido se circunscribe a determinar si la resolución impugnada adolece del vicio de falso supuesto de derecho.

Al respecto, observa la Sala que del acto administrativo primigenio (FSS-2-3-000740, del 18 de febrero de 2010 dictado por la entonces Superintendencia de Seguros), mediante el cual se le impuso la multa a la recurrente, se desprende lo siguiente:

“(Omissis)

Así las cosas, observamos que, según el decir del denunciante, el cual no fue controvertido por la aseguradora, ésta le informó ver-

balmente que su requerimiento no era procedente ya que la enfermedad de Genu Varu y Osteoertrosis era preexistente, todo lo cual coincide con lo alegado por la empresa de seguros, en el sentido que no otorgó la Carta Aval solicitada por cuanto la patología presentada por la asegurada no tenía cobertura.

Tal proceder, a nuestro entender, encuentra su fundamento en la errada interpretación conceptual de considerar la prestación del Servicio Carta Aval, como un valor agregado que la entidad aseguradora otorga a los asegurados, sin tener que cumplir con las exigencias legales y contractuales a las cuales nos hemos referido en el texto de la presente providencia.

Por lo que concierne al artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, que sirvió de base a esta Superintendencia de Seguros para ordenar la apertura de la averiguación administrativa en comento, se aprecia que el asunto a examinar se circunscribe a precisar si la negativa a emitir la Carta Aval, puede subsumirse en el supuesto de elusión a que se refiere dicha norma.

(omissis)

Al respecto, cabe destacar que de la exégesis de la norma acotada [artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros], se desprende que al no cubrir un siniestro, las empresas aseguradoras deben expresar los motivos en los que se fundamenta tal decisión, entendiéndose que los mismos comprenden tanto los argumentos de hecho como los de derecho, en virtud que la intención del legislador, al prever esta obligación objetiva para las empresas de seguros, fue proteger los intereses de los contratantes o asegurados al establecer, la necesidad de que las causas por las que se rechaza el pago de un siniestro, deban responder a razones concretas, relativas al caso, toda vez que la motivación constituye una formalidad instrumental al servicio de un fin superior, cual es garantizar al particular el conocimiento de las razones de hecho y derecho en que se fundamentó para negar el pago del siniestro, permitiéndole así el adecuado ejercicio de los recursos correspondientes.

Dicho lo anterior, se observa que la empresa C.A. SEGUROS GUAYANA luego de analizar el reclamo por el asegurado y haber concluido que la negativa a emitir la Carta Aval se basó en que ésta fue requerida para practicarse una intervención quirúrgica debido a una patologías excluida; sin embargo, no cumplió con la obligación de notificar al denunciante los motivos para negarse a la prestación del servicio solicitado, con lo cual vulneró los derechos del asegurado a conocer por escrito y dentro del plazo legal indicado, las razones aducidas a tal efecto; y al no hacer tal participación incurrió en el ilícito de elusión, conducta omisiva subsumible en el referido supuesto previsto en el encabezamiento del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros.(omissis) (sic). (Resaltado de la Sala).

Luego, se aprecia que en la resolución recurrida -confirmatoria de la providencia anteriormente referida-, el Ministro del Poder Popular de Planificación y Finanzas resolvió lo siguiente:

“(Omissis)

Así el artículo citado [175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros] prevé en su encabezado dos tipos sancionables, a saber, la elusión y el retardo en los que, sin justa causa, incurran las aseguradoras en el cumplimiento de sus obligaciones frente a sus contratantes, asegurados o beneficiarios. (Negrillas de esta Alzada).

Igualmente, dicho artículo establece en su párrafo cuarto la obligación de notificar por escrito las negativas de pago y la prohibición para las empresas de seguros de rechazar los siniestros con argumentos genéricos; mientras, que en el párrafo segundo del referido artículo, se determina cuál es el plazo que tienen las aseguradoras para pagar los siniestros cubiertos o, en su defecto, notificar la negativa respectiva. (Subrayado de esta Alzada).

(omissis)

Así, la falta de pago o la ausencia de respuesta ante la solicitud de pago de las coberturas previstas en una determinada póliza, se sub-

sume en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas a cargo de la aseguradora, pues implica el incumplimiento del deber de notificar por escrito o de pagar las indemnizaciones debidas”. (Subrayado de esta Alzada).

De manera que el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros faculta a la Administración para sancionar a las empresas de seguros, cuando sin causa justificada, incumplan los deberes establecidos en la norma, sin que para ello resulte necesario comprobar la mala fe en sus actuaciones, toda vez que lo que persigue dicha disposición es que las aseguradoras respondan oportunamente a sus compromisos o bien los rechacen por una causa justificada, motivada y oportuna, por lo que perfectamente podría configurarse la infracción aunque no se compruebe tal elemento subjetivo”.

(omissis)

Ante tal situación, habida cuenta de la obligación de la compañía recurrente de responder las solicitudes y dudas planteadas por las personas amparadas por pólizas de seguros por ella expedidas, y no existiendo en autos prueba del cumplimiento de dicha carga, esta Alzada debe forzosamente concluir que la recurrente sí incurrió en el supuesto de elusión previsto como causal de sanción en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, al eludir sin causa justificada el cumplimiento de su obligación de dar respuesta oportuna a la asegurada NELBA MARÍA CASTRO DE PACHECO del rechazo de la carta aval solicitada. Y así se decide”. (sic).

En el caso de autos la recurrente arguye la errónea aplicación del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros (publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 4.865 Extraordinario del 8 de marzo de 1995), aplicable *ratione temporis*, hoy Ley de la Actividad Aseguradora (Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010), el cual dispone lo siguiente:

“Artículo 175. Las empresas de seguros que sin causa justificada, a juicio del Superintendente de Seguros, eludan o retarden el cumplimiento de sus obligaciones frente a sus contratantes, asegurados o beneficiarios, serán sancionadas de acuerdo con la gravedad de la falta, con multa comprendida entre cien mil bolívares (Bs. 100.000,00) y el equivalente en bolívares a quinientos (500) salarios mínimo urbano; sin perjuicio de que le sea suspendida temporalmente la licencia o revocada la autorización para actuar en el ramo donde ocurra la demora.

Parágrafo Segundo. Las empresas de seguros dispondrán de un plazo máximo de treinta (30) días hábiles para pagar los siniestros cubiertos, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro. La Superintendencia de Seguros podrá autorizar, mediante Resolución motivada y por vía de excepción, pactos en contrario al plazo indicado, en los casos de pólizas que por sus particulares características a su juicio así lo requieran.

Parágrafo Cuarto. Las empresas de seguros no podrán rechazar los siniestros con argumentos genéricos estando obligadas a notificar por escrito dentro del plazo indicado, a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas los motivos que aleguen para considerar un siniestro como no cubierto”. (Subrayado de la Sala).

Respecto a la citada norma esta Sala ha dispuesto en anteriores oportunidades (ver, entre otras, sentencias números 3.683 del 2 de junio de 2005, 890 del 17 de junio de 2009 y 378 del 5 de mayo de 2010) lo siguiente:

“...puede colegirse que el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros prevé tres tipos sancionatorios distintos, configurados por: 1. La elusión de las obligaciones a cargo de la aseguradora frente a los contratantes, asegurados o beneficiarios, como por ejemplo la de pagar las coberturas previstas en los contratos de seguros ante la ocurrencia del riesgo previsto, o la de notificar mo-

tivamente su negativa de pago de dichas coberturas; 2. El retardo en el cumplimiento de las referidas obligaciones; y 3. El rechazo de los siniestros reclamados mediante argumentos genéricos.

Así, la falta de pago o la ausencia de respuesta ante la solicitud de cancelación de las coberturas previstas en una determinada póliza, se subsumiría en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas a cargo de la aseguradora, pues implicaría el incumplimiento del deber de notificar por escrito o de pagar las indemnizaciones debidas; en tanto que, la respuesta o el pago fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro, se subsumiría en el supuesto de retardo sancionado por la norma y, por último, la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo parágrafo cuarto del artículo en comento”.

De lo anterior se deriva que el precitado artículo -a diferencia de lo argüido por la accionante- prevé que las aseguradoras podrán incurrir en elusión cuando evadan la obligación que tienen con los contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas en relación al pago de la indemnización o la notificación motivada y por escrito de la improcedencia del siniestro reclamado, y en retardo cuando tal obligación la efectúen fuera del lapso de treinta (30) días.

Lo dispuesto en la referida norma resulta reforzado con lo previsto en el artículo 21 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro (Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.553 Extraordinario de fecha 12 de noviembre de 2001), cuyo contenido es el siguiente:

“Artículo 21. Son obligaciones de las empresas de seguros:

1. Informar al tomador, mediante la entrega de la póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, cualquier duda que éste le formule.
2. Pagar la suma asegurada o la indemnización que corresponde en caso de siniestro en los plazos establecidos en este Decreto Ley o rechazar, mediante escrito debidamente motivado, la cobertura del siniestro”. (Subrayado de este fallo).

De acuerdo a lo previsto en el citado artículo del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, las empresas de seguros están en la obligación de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza y de pagar la indemnización correspondiente o rechazarla mediante escrito motivado en el lapso legalmente establecido.

Por ello, de conformidad con las normas anteriormente aludidas, es evidente que la sociedad mercantil C.A. Seguros Guayana estaba legalmente obligada a notificar, de manera escrita, las razones por las cuales no emitiría la carta aval solicitada por la asegurada.

Sin embargo, en el propio escrito recursivo, la parte accionante adujo que “no estaba obligada a emitir un pronunciamiento por escrito de las razones por las cuales no otorga [la carta aval] [y que] ninguna disposición legal señala expresamente que las empresas aseguradoras deban indicar por escrito las razones por las cuales se decide negar el servicio de Carta Aval”.

También se desprende de su propio dicho que “lo importante es que el asegurado conozca las razones de la negativa del otorgamiento de la carta aval, pero nunca se señala que dicha negativa debe ser por escrito, [y que] en el presente caso se le indicó al asegurado de manera verbal que no se iba a otorgar el servicio”.

La sanción impuesta a la recurrente fue “por haber incurrido en el ilícito administrativo de elusión al no cumplir con la obligación de notificar a la ciudadana NELBA MARÍA CASTRO DE PACHECO los motivos para negarse

a la prestación del servicio solicitado de Carta Aval”; observándose a tal efecto que la propia accionante, de manera expresa, reconoció no haber informado a la asegurada, por escrito, los motivos de tal negativa, por cuanto a su decir- “no estaba obligada a emitir [tal] pronunciamiento”, por lo que obviamente no existe en autos ni en el expediente administrativo documento alguno que demuestre dicha notificación.

Por ello, advierte esta Sala que contrariamente a lo alegado por la representación judicial de la recurrente, y en consonancia con lo apreciado por la Administración, la sociedad mercantil C.A. Seguros Guayana, al no enviar comunicación alguna a la asegurada, destinada a ponerla en conocimiento de la improcedencia de la emisión de la carta aval, incurrió en evasión de la obligación de dar respuesta por escrito a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas, lo que configura el supuesto de elusión a dicha obligación prevista y sancionada en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, aplicable *ratione temporis*.

En atención a lo expuesto, dada la verificación del hecho sancionado y su adecuada subsunción en la normativa aplicable, esta Sala concluye en la inexistencia del vicio de falso supuesto de derecho. Así se determina.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00161.

FECHA: 19 de febrero de 2013.

PARTES: Serproauto, C.A., contra el Ministerio del Poder Popular para el Comercio.

.....

TEMA: PODER O MANDATO PARA VENDER EL VEHÍCULO

Máxima: un poder otorgado para vender, fijar su precio, forma de pago, condicionar su venta, recibir cantidades

de dinero por este concepto, ceder el vehículo, arrendarlo, firmar los finiquitos necesarios ante la Notaría Pública, conducir dicho vehículo por todo el Territorio Nacional haciéndose este responsable por daños a terceros, darlo en garantía prendaria, representarlo ante los siguientes organismos: C.I.C.P.C, Fiscalía, MINFRA, I.N.T.T.T., y hacer todo lo necesario para la realización de la venta del vehículo, no faculta al apoderado para gestionar el cobro de un siniestro ocurrido con un vehículo propiedad de un tercero y, menos aún, formular denuncias en nombre del mandante pues, como quedó establecido, dicho poder fue otorgado a los solos fines de efectuar las gestiones de venta del vehículo, y cualquier otra actividad fuera del ámbito de facultades delegadas en el aludido documento requería autorización expresa.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala emitir su pronunciamiento con relación al recurso contencioso administrativo de nulidad de autos, no sin antes señalar que el expediente administrativo solicitado al Ministerio del Poder Popular para el Comercio mediante oficio No. 001134 del 27 de septiembre de 2011, nunca fue remitido a esta Sala.

En consecuencia, esta Sala pasará a resolver el recurso contencioso administrativo de nulidad con los elementos cursantes en autos y de acuerdo a los alegatos y pruebas aportados al proceso por las partes. Así se decide.

Antecedentes fácticos del caso:

a. En fecha 16 de agosto de 2010 ocurrió una colisión en la que se vieron involucrados dos vehículos, uno conducido por el ciudadano Henry Guzmán Henao -denunciante en sede administrativa- (quien no era su propie-

tario), y otro vehículo el cual estaba asegurado por la empresa recurrente, SERPROAUTO, C.A.

b. La parte denunciante en sede administrativa solicitó a la empresa recurrente el pago del monto en que había sido estimado el siniestro.

c. La empresa recurrente negó el pago del siniestro, pues según sus informes técnicos el denunciante fue el causante del accidente y, por tanto, no podía exigir la indemnización solicitada.

Determinado lo anterior, pasa la Sala a analizar los vicios denunciados por la parte recurrente:

1. Falta de legitimidad del ciudadano Henry Guzmán Henao para fungir como denunciante en sede administrativa.

Para analizar este alegato, debe la Sala señalar que el caso bajo examen tiene su origen en la “COLISIÓN ENTRE VEHÍCULOS CON DAÑOS MATERIALES” ocurrida el 16 de agosto de 2008 en la carretera Panamericana, tramo Chivacoa- Nirgua, Sector Los Cogollos. En esa colisión se vieron involucrados dos (2) vehículos, uno de los cuales era conducido por el ciudadano Henry Guzmán Henao (denunciante en sede administrativa), marca Chevrolet, modelo Montecarlo, año 1996, placa; y otro vehículo conducido por el ciudadano Alexis Antonio Sánchez, el cual estaba asegurado por la empresa recurrente, marca: Chevrolet, modelo: Caprice, placa: SBR893.

En efecto, al folio 76 de la pieza Núm. 1 del expediente, aparece una copia certificada del “Contrato de Garantía Daños a Terceros” emitido por la empresa SERPROAUTO, C.A., con vigencia de un (1) año desde el 2 de noviembre de 2007 para asegurar el vehículo marca: Chevrolet, modelo: Caprice, placa: SBR893.

Asimismo, se aprecia del “Informe del Accidente de Tránsito” (folio 203

de la misma pieza del expediente), lo manifestado por el denunciante en sede administrativa, respecto a que el vehículo que conducía era propiedad del ciudadano Richard Eduardo Pérez Parada, titular de la cédula de identidad No. 6.965.959.

En este orden de ideas, la Sala observa que al folio 198 de la pieza Núm. 1 del expediente cursa una copia simple del documento autenticado por ante la Notaría Pública XV del Municipio Libertador, bajo el No. 64, Tomo 74 del 27 de junio de 2008, del cual se desprende que el ciudadano Richard Eduardo Pérez Parada, antes identificado, confirió poder al ciudadano Henry Guzmán Henao para que en su nombre y representación vendiera el vehículo marca Chevrolet, modelo Montecarlo, año 1996, placa MAC62X; a cuyos efectos se encontraba facultado para fijar: su precio, forma de pago, condicionar su venta, recibir cantidades de dinero por este concepto; ceder el vehículo, arrendarlo, arrendarlo, firmar los finiquitos necesarios ante la Notaría Pública, conducir dicho vehículo por todo el Territorio Nacional haciéndose este responsable por daños a terceros, darlo en garantía prendaria, representarlo ante los siguientes organismos: C.I.C.P.C, Fiscalía, MINFRA, I.N.T.T.T., y hacer todo lo necesario para la realización de la venta del vehículo antes identificado.

De esta manera no puede interpretarse que el aludido documento otorgue facultades distintas a las allí enumeradas, con lo cual precisa la Sala que el ciudadano Henry Guzmán Henao no estaba facultado para solicitar ante la sociedad mercantil recurrente, el pago de un siniestro relacionado con el mencionado vehículo y, mucho menos, lo estaba para recibir el pago de cantidad alguna de dinero por este concepto.

Sin embargo, debe señalarse que en el “Certificado de Circulación” del vehículo conducido por el ciudadano Henry Guzmán Henao al momento del siniestro, antes identificado, (folio 92 de la pieza Núm. 1 del expediente) aparece como propietaria la sociedad Mercantil “Inversiones OKIPACK, S.A.”; de tal manera que a esta empresa es a quien correspondería la reclamación, toda vez que en aplicación del artículo 71 de la Ley de Trans-

porte Terrestre (Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 38.985, del 1° de agosto de 2008), en concordancia con el artículo 38 eiusdem, no es oponible a terceros ninguna transferencia de la propiedad que no haya sido debidamente inscrita en el “Registro del Sistema Nacional de Transporte Terrestre”.

Por otra parte, debe indicarse que de la revisión de las actas que conforman el expediente no se desprende evidencia alguna de que el ciudadano Henry Guzmán Henao haya resultado lesionado físicamente en el accidente de tránsito que dio origen al caso de autos. En efecto, de la lectura de la Versión del Conductor (folio 205 de la pieza Núm. 1 del expediente), se puede leer de puño y letra del denunciante en sede administrativa que no hubo lecionados (sic) en el siniestro ocurrido; en razón de lo cual concluye la Sala que el aludido ciudadano si bien no detentaba un interés directo en el resarcimiento de los daños causados, sí tenía interés en la solución del asunto.

Así, observa la Sala que tanto INDEPABIS como autor del acto de primer grado como el Ministerio del Poder Popular para el Comercio como autor del acto recurrido, incurrieron en un error al considerar que el documento poder al que se ha hecho mención (folio 198 de la pieza No. 1 del expediente) facultaba al ciudadano Henry Guzmán Henao para gestionar el cobro de un siniestro ocurrido con un vehículo propiedad de un tercero y, menos aún, formular denuncias en nombre del mandante pues, como quedó establecido, dicho poder fue otorgado a los solos fines de efectuar las gestiones de venta del vehículo, y cualquier otra actividad fuera del ámbito de facultades delegadas en el aludido documento requería autorización expresa.

No obstante lo anterior, debe la Sala traer a colación el contenido del artículo 115 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 39.358 del 1° de febrero de 2010), el cual establece que el Instituto creado en ese Texto Legal puede iniciar los procedimientos sancionatorios

de oficio o a instancia de parte interesada, cuando tuviere conocimiento de la presunta comisión de una infracción prevista en la Ley.

En el caso bajo examen, aunque el ciudadano Henry Guzmán Henao no se encontraba facultado para representar los derechos e intereses del propietario del vehículo de la colisión denunciada ante el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, en atención a su vinculación con el aludido siniestro (como conductor de uno de los vehículos involucrados), estaba interesado en la solución de la controversia suscitada con la sociedad mercantil SERPROAUTO, C.A, en cuya virtud se desecha la denuncia relativa a la falta de legitimidad en sede administrativa del denunciante. Así se declara

.....

**TEMA: RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LOS
ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL CONTRATO DE
SEGUROS. ELUSIÓN, RECHAZO GENÉRICO Y RETARDO**

Máxima: la empresa recurrente negó justificadamente el pago del siniestro, toda vez que de la documentación cursante en autos se desprende que el conductor de uno de los vehículos que colisionó y solicitó la indemnización no era el legitimado para requerir el pago del siniestro y, además, infringió la normativa de tránsito vigente, decir, iba a exceso de velocidad, circunstancia que a juicio de la empresa de seguros se constituyó en una eximente de responsabilidad, aunado al hecho de que el vehículo no contaba con el seguro de responsabilidad civil vigente.

Máxima: en materia de actividad aseguradora, las conductas típicas en que pueden incurrir las empresas que prestan dicho servicio son, por antonomasia, la elusión y el rechazo genérico (cuando evadan la obligación que

tienen con los contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas en relación al pago de la indemnización o la notificación motivada y por escrito de la improcedencia del siniestro reclamado), y el retardo (cuando tal obligación la efectúen fuera del lapso legalmente establecido). (Vid. Sentencia de esta Sala No. 0095 del 6 de febrero de 2013).

EXTRACTO:

2. Falso supuesto de hecho y de derecho.

A los fines de analizar la denuncia bajo examen, la Sala considera oportuno traer a colación lo consignado en el “Acta de Investigación Policial” del siniestro ocurrido el 16 de agosto de 2008, levantada por la Oficina de Investigaciones Penales y Civiles, Puesto de Tránsito Chivacoa, en la Averiguación No. 237-08, (inserta al folio 67 de la pieza Núm. 1 del expediente) de la que se desprende que el día 16 de agosto de 2008 a las 10:30 a.m., tuvo lugar una COLISIÓN ENTRE VEHÍCULOS CON DAÑOS MATERIALES, uno de los cuales era conducido por el ciudadano Henry Guzmán Henao, denunciante en sede administrativa, al cual se le elaboró Boleta por Infracción N° 08-173395 por conducir el vehículo sobrepasando el límite permitido de velocidad, “ya que el mismo dejó en el pavimento marcado 73 Mts de frenos”, y por no contar con un seguro de responsabilidad civil vigente.

Por otra parte, cursa en el expediente (folio 73 de la pieza Núm. 1) copia de la Boleta de Citación No. 173395, emanada del Cuerpo Técnico de Vigilancia de Tránsito y Transporte Terrestre el 16 de agosto de 2008, dirigida al ciudadano Henry Guzmán Henao en que se le impone una multa por monto de Cuatrocientos Sesenta Bolívars (Bs. 460,00) por Circular a una velocidad no reglamentaria, sin póliza de Seguro.

Se observa además, (folios 403 al 404 de la pieza Núm. 1 del expediente) la copia de la denuncia presentada por el ciudadano Henry Guzmán Henao

el 20 de agosto de 2008 ante la División de Investigaciones del entonces denominado Ministerio Poder Popular para la Infraestructura, contra las actuaciones de los funcionarios encargados del levantamiento del choque en el que se vio involucrado, por cuanto -según su decir- éstos colocaron como condición para la entrega del vehículo que conducía, firmar el Acta, el croquis y la boleta de citación.

Como resultado de la denuncia, el Jefe de la División de Investigaciones del Ministerio del Poder Popular para las Obras Públicas y Vivienda, el 25 de noviembre de 2009 remitió al Director del Cuerpo de Vigilancia de Tránsito Terrestre un Memorando, en el que recomendó aplicar la sanción de amonestación escrita al ciudadano Naudy Antonio Delgado Rodríguez, titular de la cédula de identidad No. 7.349.537, quien se desempeñaba en el cargo de Jefe de la Oficina de Investigaciones del aludido Ministerio, por incurrir en negligencia en el ejercicio de sus funciones y violación del artículos 51 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

En las conclusiones del aludido documento se estableció: 1) La improcedencia de efectuar modificación alguna a las actuaciones gráficas (croquis) del accidente, en virtud de que había transcurrido más de un (1) año desde la fecha del accidente; y 2) La velocidad superior a la permitida en la que incurrió el denunciante en la circulación al ingresar a una intersección, según lo establecido en el Reglamento de la Ley de Transporte Terrestre en su artículo 253.

Dejó sentado el Memorando que, según la aplicación de procedimientos físico-matemáticos, tomando en consideración en forma individual los 73 metros de rastros de frenos reflejados en el croquis levantado por las autoridades de tránsito y lo expresado por el denunciante en la entrevista, quien afirmó que eran 32 metros los rastros de marcas de frenos, da como resultado una velocidad superior a la permitida.

Por otra parte, se aprecia (folio 65 de la pieza Núm. 1 del expediente) la comunicación suscrita por el ciudadano Luis Jiménez, Comandante del

Puesto de Transporte Terrestre de Chivacoa, dirigida a la empresa recurrente y recibida por el Ministerio del Poder Popular para el Comercio el 20 de septiembre de 2010 con ocasión al recurso jerárquico ejercido, de la cual se desprende que a la fecha de dicha comunicación no había sido modificado ninguno de los documentos (croquis, multas, actas) relacionados con la colisión ocurrida el 16 de agosto de 2008.

De lo expuesto se evidencia que las actuaciones llevadas a cabo por las autoridades de tránsito, con ocasión del accidente ocurrido el 16 de agosto de 2008 mantienen plena vigencia, toda vez que no se advierte de los autos ni de las pruebas aportadas por las partes, que hayan sido impugnadas a través de los medios recursivos establecidos a (recursos administrativos) así como tampoco dejadas sin efecto por alguna autoridad administrativa o judicial.

Ahora bien, observa la Sala que el Ministerio autor del acto impugnado estableció que, ciertamente, la empresa recurrente había violado lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, específicamente, en su numeral 4, que prohíbe y sanciona todo acto o conducta ejecutado por las proveedoras o proveedores de bienes y por los prestadores de servicios, que impongan condiciones abusivas a las personas, entre ellos, la negativa injustificada a satisfacer sus demandas.

Sobre el anterior particular, de las actas procesales se aprecia lo señalado por la empresa recurrente en relación con la negativa a la solicitud de reconocimiento del siniestro, lo cual explica porque para el momento de los hechos el ciudadano Henry Guzmán Henao, conductor de uno de los vehículos siniestrados (no estaba asegurado por la compañía accionante) violó lo dispuesto en los artículos 72, numeral 8 y 169 numeral 4 de la Ley de Transporte Terrestre. Esgrimió, además, que las violaciones a la normativa de tránsito habían sido ratificadas “con la penalización respectiva que realiza la autoridad competente al conductor antes identificado cuando en el acta de investigación policial queda constancia que al conductor del vehículo N° (1) se le elaboró boleta por infracción N° 08-173395”.

En efecto, de las actas procesales se desprende que la negativa de la compañía de seguros recurrente a efectuar el pago del siniestro reclamado por la sociedad mercantil INVERSIONES OKIPACK, S.A -quien aparece como propietaria del vehículo conducido por el ciudadano Henry Guzmán Henao, según el Certificado de Circulación- se fundamentó en las actas y demás actuaciones de las autoridades de tránsito al momento de verificar lo ocurrido en el accidente del día 16 de agosto de 2008, conforme a las cuales el prenombrado ciudadano iba a exceso de velocidad, circunstancia que a juicio de la sociedad mercantil recurrente se constituyó en una eximente de responsabilidad, aunado al hecho de que el vehículo no contaba con el seguro de responsabilidad civil vigente.

En tal sentido, considera esta Sala, contrariamente a lo señalado por el Ministerio del Poder Popular para el Comercio en el acto recurrido, que la empresa recurrente negó justificadamente el pago del siniestro, toda vez que de la documentación cursante en autos se desprende que el conductor del vehículo Núm. 1, ciudadano Henry Guzmán Henao, denunciante en sede administrativa, no era el legitimado para solicitar el pago del siniestro y además, infringió la normativa de tránsito vigente.

Así pues, tanto el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios al dictar el acto primigenio como el Ministerio del Poder Popular para el Comercio al dictar el acto impugnado, incurrieron en un falso supuesto de hecho, toda vez que interpretaron erróneamente los documentos expedidos por las autoridades de tránsito que hicieron el levantamiento del siniestro y desecharon la justificación esgrimida por la empresa recurrente.

En este sentido, debe señalarse que en materia de actividad aseguradora, las conductas típicas en que pueden incurrir las empresas que prestan dicho servicio son, por antonomasia, la elusión y el rechazo genérico (cuando evadan la obligación que tienen con los contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas en relación al pago de la indemnización o

la notificación motivada y por escrito de la improcedencia del siniestro reclamado), y el retardo (cuando tal obligación la efectúen fuera del lapso legalmente establecido). (Vid. Sentencia de esta Sala No. 0095 del 6 de febrero de 2013).

Asimismo, el artículo 21 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro (Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.553 Extraordinario de fecha 12 de noviembre de 2001), dispone que las empresas de seguros están en la obligación de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza y de pagar la indemnización correspondiente o rechazarla mediante escrito motivado en el lapso legalmente establecido.

Cabe señalar, que la conducta sancionada por la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, es la negativa injustificada, es decir, aquella que carezca de fundamento, toda vez que resultaría irrazonable y contrario al espíritu y propósito de la Ley sancionar a los proveedores de bienes y servicios, cada vez que, conforme a criterios fácticos y jurídicos plausibles, nieguen alguna solicitud o demanda de las personas.

Aunado a lo anterior, debe señalarse que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios tiene sus funciones estrictamente delimitadas en la Ley que lo rige, dentro de las cuales no aparece establecida la determinación de la responsabilidad civil derivada de accidentes de tránsito, toda vez que ésta corresponde al Tribunal competente.

Por lo anterior, demostrado como ha quedado que la empresa recurrente negó justificadamente la solicitud de pago del siniestro, en atención a las actuaciones administrativas cumplidas por las autoridades de tránsito competentes las cuales no fueron impugnadas en sede judicial, concluye la Sala que tanto la Resolución impugnada, como el acto de primer grado dictado por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios están afectados de nulidad por incurrir en los vicios de falso supuesto de hecho y de derecho, que atribuyeron a la recurrente he-

chos que no se verificaron e imponiendo consecuencias jurídicas previstas en las normas que no le eran aplicables.

Sobre la base de lo expuesto se declara con lugar el recurso contencioso administrativo de nulidad incoado y, en consecuencia, nulas tanto la Resolución No. DM/N° 032, dictada el 4 de abril de 2011 por el Ministro del Poder Popular para el Comercio, como la decisión de fecha 27 de mayo de 2010 (expediente N° 003007-2009-0101), dictada por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

No obsta la anterior declaratoria para dejar a salvo las acciones que, conforme a la legislación vigente, puedan ejercer los propietarios de los vehículos involucrados, así como los terceros que pudieran sentirse afectados en el siniestro que dio origen al caso de autos, para hacer efectiva la responsabilidad civil derivada del accidente de tránsito.

Determinada la contrariedad a derecho de las Resoluciones impugnadas sobre la base de los vicios analizados, no considera la Sala necesario emitir pronunciamiento con relación a la violación al derecho a la defensa y al debido proceso denunciados. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil .

SENTENCIA: RC.000178.

FECHA: 18 de abril de 2013.

PARTES: Nelson Rafael Montilla Molchanov contra Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A.

.....
**TEMA: TITULARIDAD DEL INTERÉS ASEGURABLE EN EL
CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: se declaró la falta de cualidad del demandante,

al no estar satisfecho uno de los elementos necesarios para la validez del contrato de seguro relativo al interés asegurable, ya que éste al haber cedido los derechos del vehículo objeto de la póliza de seguro, dejó de ser el titular del interés asegurable; asimismo, se constató que el beneficiario de la póliza al realizar la venta del vehículo asegurado, debió notificar por escrito dicha enajenación y la empresa aseguradora hubiese aceptado por escrito la misma, lo cual no aconteció en el caso de marras.

EXTRACTO:

El formalizante arguye que la recurrida incurrió en el vicio de inmotivación, al no expresar los motivos de derecho que la conllevaron a declarar la falta de cualidad activa alegada.

Respecto a la inmotivación de derecho, esta Sala en sentencia N° 391, de fecha 9 de agosto de 2011, caso: Banco de Venezuela, S.A., Banco Universal, contra Consorcio Barr, S.A., expediente N° 09-330 ACC, expresó lo siguiente:

“Por otra parte acusa el formalizante, que la sentencia recurrida adolece de inmotivación jurídica o de derecho, capaz de justificar “su proceder para desechar la impugnación que se formuló oportunamente”. A propósito, es conveniente citar lo que esta Sala ha sostenido respecto a la inmotivación de derecho:

En tal sentido, acerca del delatado vicio de inmotivación de derecho, esta Sala en decisión N° 420 de fecha 29 de julio de 2009, en el juicio seguido por Juan Barrios Orozco contra Eloy López Trabado y Otra; Expediente N° 2008-491, señaló lo siguiente:

“En abundante y reiterada jurisprudencia esta Máxima Jurisdicción Civil ha sostenido el criterio según el cual no es necesario que el jurisdicente señale expresamente, identificadas por los números que

las distinguen, las normas jurídicas en que apoya su sentencia y que la referencia a su preceptiva es suficiente siempre que del texto de la decisión pueda inferirse que éste realizó la articulación lógica.

Así en sentencia N° 686, del 27/7/04, en el juicio de Kad Bay Construcciones, S.A., contra Constructora Camsa, C.A., expediente N°. 03-000214, se reiteró:

La Sala en consolidada y pacífica doctrina, ha mantenido que la simple omisión de señalar las normas aplicables al caso no configura el vicio de inmotivación de derecho denunciado.

El jurisdicente no está obligado a citar las normas legales para cumplir con el deber de cumplir con la motivación de derecho, resulta suficiente que en su sentencia deje claro los razonamientos jurídicos que en derecho aplicó.

Sobre el punto de la motivación de derecho, esta Sala en decisión N° 668, Exp. 99-495 de fecha 17 de noviembre de 1999 en el juicio de Nidia Coromoto Antón Valdivieso contra Hernán Gustavo Vera Balbas-, expresó:

“...La expresión de los motivos de derecho no consiste necesariamente en la cita de las disposiciones legales aplicables al caso concreto, sino más bien lo que caracteriza esta etapa de la labor del juez, es precisamente la subsunción de los hechos alegados y probados en juicio, en las normas jurídicas que las prevén, a través del enlace lógico de una situación particular, específica y concreta, con la previsión abstracta...”.

Como se aprecia de la cita que antecede, no es necesario que el juez señale de forma expresa los números que distingan la normativa jurídica en que funda su decisión, por cuanto es suficiente que del texto de la sentencia pueda inferirse que éste realizó una articulación lógica entre el tema planteado y lo resuelto de acuerdo o con base a reglas de derecho, siendo igualmente suficiente la referencia preceptiva o normativa. Ello se traduce en que el juzgador no está en la obligación de citar las normas legales que utilizó en el

caso concreto, pues basta que deje claro los razonamientos lógicos que en derecho aplicó”.

Conforme a lo anterior, no es necesario que el juez en su fallo señale expresamente las normas aplicables al caso que decide, pues solo basta que deje claro los razonamientos jurídicos que en derecho aplicó, para que se considere cumplido el requisito de la motivación de derecho.

Ahora bien, veamos lo señalado por la recurrida:

“PUNTO PREVIO: Procede este Tribunal (sic) a pronunciarse respecto a la defensa perentoria de falta de cualidad del demandante alegada por la representación judicial de la parte accionada en la litis contestatio de fecha 27 de abril de 2005, de conformidad con lo establecido en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil, por cuanto el ciudadano Nelson Montilla Molchanov cedió los derechos del vehículo, objeto de la póliza de seguro el día 17 de agosto de 2001, al ciudadano Javier Ernesto Navas, es decir a un tercero ajeno a la relación contractual que existía entre la aseguradora y el ciudadano Nelson Montilla Molchanov, lo cual se constata de documento autenticado en fecha 17 de agosto de 2001, en la Notaría Trigésima Sexta del Municipio Libertador del Distrito Capital, bajo el N° 21, Tomo 39, el cual no fue impugnado ni tachado; amén que el ciudadano Nelson Montilla Molchanov no notificó a la aseguradora sobre la venta del vehículo asegurado, y por tanto no podía pasar los derechos derivados de la póliza al ciudadano Javier Ernesto Navas, por cuanto esa sustitución debía ser aceptada por escrito por su (sic) la aseguradora.

((Omissis))

Es necesario destacar que la cualidad e interés de un sujeto para sostener una relación jurídico procesal, es una condición necesaria para que pueda proferirse una sentencia de fondo, lo cual está íntimamente relacionada con la legitimación activa o pasiva de las partes, por cuanto la misma deviene de la relación de identidad lógica

abstracta a que se refiere la norma jurídica y la persona concreta que ejercita o contra quien se ejerce la acción. Tal legitimación ad causam o cualidad, si no existe, impide que el órgano jurisdiccional se pronuncie sobre el mérito de la litis. Ello deriva del hecho cierto, de que fuera de los casos expresamente previstos en la ley, nadie puede hacer valer en el proceso en nombre propio un derecho de otro; y para que se configure la legitimación ad causam, es necesario que las partes afirmen ser titulares activos y pasivos de la relación material controvertida y soliciten de la jurisdicción contenciosa una decisión de fondo, lo cual sólo se verifica ab initio con la pura afirmación del actor y de los términos mismos de la demanda, resultando posible considerar el problema de la cualidad antes de analizar el mérito de la pretensión, pues, evidentemente se trata de un presupuesto para hacer valer el derecho invocado y para que se pueda válidamente dictar la sentencia de fondo correspondiente.

((Omissis))

En el caso que se analiza, la representación judicial de la parte accionada SEGUROS CARACAS DE LIBERTY MUTUAL, C. A. alegó, se repite, la falta de cualidad del accionante para intentar el presente juicio por no tener ningún interés ni legal ni asegurable en el vehículo, supuestamente hurtado el día 30 de julio de 2002, argumentando que el ciudadano Nelson Montilla Molchanov mediante documento autenticado en fecha 17 de agosto de 2001, en la Notaría Trigésima Sexta del Municipio Libertador del Distrito Capital, bajo el N° 21, Tomo 39, cedió los derechos del vehículo, objeto de la póliza de seguro al ciudadano Javier Ernesto Navas, y que además el accionante-cesionario no notificó a la aseguradora sobre la venta del vehículo, y por tanto no podía pasar los derechos derivados de la póliza al ciudadano Javier Ernesto Navas, dado que esa sustitución debía ser aceptada por escrito por su la (sic) aseguradora.

((Omissis))

Es el caso que ciertamente el ciudadano Nelson Rafael Montilla Molchanov es el beneficiario de la póliza de seguro N° 81-56-9645623,

empero dicho ciudadano mediante documento autenticado el día 17 de agosto de 2001, en la Notaría Pública Trigésima Sexta del Municipio Libertador del Distrito Capital, inserto bajo el N° 21, Tomo 3, cedió los derechos del vehículo objeto de la póliza interés asegurable - al ciudadano Javier Ernesto Navas Nuñez, titular de la cédula de identidad N° 10.632.765, instrumento éste que fue anexado en reproducción fotostática, por lo que con dicho acto el ciudadano Nelson Rafael Montilla perdió el interés asegurable sobre el vehículo marca: chevrolet, tipo: pick-up, color: gris, modelo: cheyenne-1500, año: 2000, plaza: 13X-KAB, serial del motor: 3YV314101, serial de carrocería: 8ZCEC14T3YV314101.

Adicional a lo expresado, se observa que la parte demandada en el escrito de informes presentado ante el a quo en fecha 25 de octubre de 2005 manifestó que en el presente asunto hizo valer el Condicionado General de la Póliza de Seguro y en especial la Cláusula 14, según la cual “En caso de enajenación del vehículo, los derechos derivados de esta Póliza no pasarán al adquirente, a menos que La Compañía acepte por escrito la sustitución del Asegurado”; afirmación que no fue atacada por la parte demandante en este juicio, todo lo cual pone de relieve que para el caso de que el beneficiario de la póliza hubiere realizado la venta del vehículo asegurado (interés asegurable), éste debió haber notificado por escrito dicha enajenación y la empresa aseguradora hubiese aceptado por escrito la misma, lo que no aconteció en el caso de marras.

En materia contractual disponen los artículos 1.133 y 1.159 del Código Civil expresamente lo siguiente:

((Omissis))

Palabras más palabras menos, es el beneficiario el titular de la garantía y quien puede exigirla al asegurador en caso de que suceda algún siniestro, y siendo que en el caso de marras el ciudadano Nelson Rafael Montilla cedió los derechos derivados del contrato de póliza antes de la interposición de la presente demanda, resulta obligado afirmar que el demandante no tiene legitimación activa

para accionar contra la empresa aseguradora, y fue por ello que la parte demandada planteó discutir la cualidad para intentar el presente juicio por parte del accionante-cesionario. Así, la legitimación a la causa deviene precisamente, de quien es la persona que puede reclamar el interés asegurado, constituyendo ello un presupuesto que necesariamente se debe dar a los fines de poder acreditar válidamente la cualidad de parte dentro de este proceso judicial, en la materia de seguros que nos ocupa.

En el caso sub iudice, dado los términos de la pretensión deducida es evidente que si bien es cierto el actor ciudadano Nelson Rafael Montilla suscribió el contrato de póliza, no es menos cierto que dejó de ser el titular del interés asegurable que según la doctrina, “es aquel para quien la producción de un siniestro daña directamente un bien que integra su patrimonio, o indirectamente el patrimonio como unidad (daños patrimoniales), o que afecta su integridad corporal o la vida (propia o ajena) con la que se halla en relación, y el beneficiario es el que como titular del interés asegurado, tiene derecho a percibir la contraprestación del asegurador”, y siendo que quien aparece como titular/contratante de la póliza in comento es el ciudadano Nelson Rafael Montilla, quien cedió los derechos sobre el vehículo, no se cumplió con uno de las condiciones (interés) para el ejercicio de la acción, pues no existe el interés asegurable que es la relación económica entre el sujeto y el bien susceptible de valuación económica.

Dadas las circunstancias fácticas preindicadas, considera quien aquí decide que impretermitiblemente debe declararse procedente la defensa de falta de cualidad e interés del demandante para intentar el presente juicio alegada por la parte demandada, dado que no se encuentra satisfecho uno de los elementos para la validez del contrato de seguro relativo al interés asegurable, pues el accionante ciudadano Nelson Rafael Montilla Molchanov para la fecha de la ocurrencia del siniestro no era el propietario del vehículo asegurado en virtud del traspaso que realizó del vehículo objeto de la póliza de seguro, y en consecuencia no tiene cualidad activa para in-

tentar la acción de cumplimiento de contrato de póliza de seguro, no teniendo por consiguiente ningún efecto la cesión de derechos litigiosos realizada derivada de la póliza de seguros. Siendo ello así, resulta inoficioso analizar el alegato de caducidad legal y contractual formulado por la representación judicial de la accionada, el resto del material probatorio ni el mérito de esta causa; motivo por el cual no puede prosperar la apelación ejercida, y así se hará en la sección dispositiva de este fallo judicial de manera expresa, positiva y precisa. ASÍ EXPRESAMENTE SE DECIDE”.

De lo anterior, se observa que contrario a lo señalado por el formalizante, la juez de la recurrida sí expresó las normas legales que fundamentan su decisión, además de dejar claro los razonamientos lógicos que en derecho aplicó, al expresar que “impretermítiblemente debe declararse procedente la defensa de falta de cualidad e interés del demandante para intentar el presente juicio alegada por la parte demandada, dado que no se encuentra satisfecho uno de los elementos para la validez del contrato de seguro relativo al interés asegurable”, permitiendo de esta manera el control de la legalidad del fallo, razón suficiente para declarar la improcedencia de la presente denuncia por inmotivación de derecho. Así se decide.

DENUNCIA POR INFRACCIÓN DE LEY ÚNICA

Con fundamento en el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, se denuncia la infracción del artículo 67 del vigente Decreto-Ley del Contrato de Seguro y la cláusula 14 del Condicionado General de la Póliza de Seguro, ambos por falta de aplicación.

El formalizante en su denuncia expresa:

“Ahora bien, ciudadanos magistrados (sic), la norma contenida en el artículo 67 del decreto-ley del contrato de seguros, expresamente señala:

((Omissis))

Como se puede observar, la recurrida señala claramente que quien interpone la demanda contra la empresa aseguradora por cumplimiento de contrato de póliza de seguro es el ciudadano NELSON RAFAEL MONTILLA MOLCHANOV, único beneficiario de la póliza y totalmente pagada. Asimismo, la recurrida verificó que ciertamente el beneficiario de la póliza vendió el vehículo asegurado mediante documento autenticado al ciudadano JAVIER ERNESTO NAVAS NUÑEZ (sic), quien es el cesionario de los derechos litigiosos en la presente causa y propietario del vehículo asegurado. De igual forma, la recurrida comprobó que efectivamente el demandante NELSON RAFAEL MONTILLA MOLCHANOV fue el único que suscribió el contrato de póliza de seguro con la demandada SEGUROS CARACAS DE LIBERTY MUTUAL, C.A., cuya póliza le dio pleno valor probatorio.

Así las cosas, se evidencia que el ciudadano NELSON RAFAEL MONTILLA MOLCHANOV, parte actora y cedente de los derechos litigiosos tiene cualidad para actuar en el presente juicio, en atención a que existe identidad lógica entre el actor y la persona abstracta a quien la ley concede la acción en tal virtud, vale decir, existe una relación contractual entre el accionante y la parte demandada. En consecuencia, habiendo demostrado y verificado la recurrida las circunstancias fácticas y contractuales donde la parte actora aparece como único beneficiario de la póliza, amén de ser propietario frente a terceros del vehículo asegurado, según se evidencia del Certificado (sic) de Registro (sic) de Vehículo (sic) emanado por el Instituto Nacional de Tránsito y Transporte Terrestre de fecha 03 (sic) de febrero de 2003, y al evidenciarse que al no haberse configurado, o por lo menos no haber quedado demostrado en autos el supuesto de hecho contenido en el artículo 67 del citado decreto-Ley (sic), referido a la notificación de la empresa aseguradora, resultaba aplicable la norma in comento para el ad quem y, por ende, declarar sin lugar la defensa perentoria opuesta de falta de cualidad e interés de la parte actora para intentar el juicio, toda vez que conforme a la

norma delatada, citando el objeto asegurado cambia de propietario es imperativo la notificación a la empresa aseguradora dentro del plazo establecido, para que los derechos y obligaciones derivados del contrato de seguro pasen al adquirente; situación esta (sic) que no ocurrió en el caso que nos ocupa, vale decir, nunca se verificó el cumplimiento con dicho requisito imperativo que establece la norma aludida y, en razón de ello, todos los derechos permanecieron indemnes e intactos a favor del demandante beneficiario de la póliza, a pesar de haberse comprobado el cambio de propietario mediante la venta autenticada entre el demandante vendedor y cesionario (sic) de los derechos litigiosos y el adquirente y cesionario de esos derechos litigiosos, lo cual no implica la pérdida automática de los derechos derivados del contrato de seguro del original beneficiario, como en efecto ocurrió en el presente caso.

((Omissis))

En este sentido, la recurrida debió aplicar la cláusula 14 del Condicionado (sic) General (sic) aceptado por las partes para declarar sin lugar la defensa perentoria alegada, por no haberse configurado el requisito imperativo que exige la norma en cuanto a la aceptación por escrito de la empresa aseguradora del cambio de propietario del vehículo asegurado; y todo ello se evidencia cuando la recurrida asienta lo siguiente:

(...) todo lo cual pone de relieve que para el caso de que el beneficiario de la póliza hubiere realizado la venta del vehículo asegurado (interés asegurable), éste debió haber notificado por escrito dicha enajenación y la empresa aseguradora hubiese aceptado por escrito la misma, lo que no aconteció en el caso de marras.

En razón de ello, vale decir, por quedar plenamente demostrado que no se configuró el supuesto de hecho contenido en la cláusula 14 del Condicionado (sic) General (sic) en cuanto a la aceptación, le resultaba imperioso para el ad quem declarar sin lugar la defensa perentoria opuesta de falta de cualidad activa.

((Omissis))

El Tribunal (sic) de alzada debió aplicar el artículo 67 del decreto (sic)-ley (sic) del contrato (sic) de seguro (sic) y la cláusula 14 del Condicionado (sic) General (sic) aceptado por las partes, en aras de resolver la defensa perentoria o de fondo que hizo valer la parte demandada en su contestación de la demanda prevista en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil con relación a la falta de cualidad o falta de interés del actor para intentar el juicio.

La aplicación del artículo 67 del decreto (sic)-ley (sic) del contrato (sic) de seguro (sic) era determinante para dirimir la defensa perentoria de falta de cualidad activa opuesta por la parte demandada, toda vez que la norma regula el supuesto de hecho de cambio de propietario del vehículo asegurado, y la exigencia de notificar a la empresa aseguradora de ese cambio de propietario dentro del plazo legal. A partir de ahí, la recurrida debió verificar si efectivamente los derechos y obligaciones del contrato de seguro pasaron o no al adquirente, que en nuestro caso no se configuró el cumplimiento de la notificación a la empresa aseguradora del cambio de propietario, por lo que forzosamente debió inferir que los derechos y obligaciones le correspondían al original y único beneficiario de la póliza, vendedor del vehículo asegurado; y como colorario la aplicación de la norma citada al caso en concreto era decisivo e influyente para declarar sin lugar la defensa perentoria alegada.

Referente a la cláusula 14 del Condicionado (sic) General (sic) era determinante su aplicación para dirimir la defensa perentoria de falta de cualidad activa opuesta por la parte demandada, habida cuenta que la cláusula también regula el supuesto de hecho de cambio de propietario del vehículo asegurado, así como el imperativo de la aceptación por escrito de la empresa aseguradora de ese cambio de propietario dentro del plazo legal; todo lo cual hace necesario e insoslayable verificar si efectivamente si (sic) había cumplido con el extremo de ley; y viendo la recurrida que no constaba en autos ninguna aceptación por escrito de la empresa aseguradora

del cambio de propietario del vehículo asegurado, forzosamente el ad quem debió declarar sin lugar la defensa de fondo invocada, en virtud de que el demandante si (sic) tenía cualidad para intentar el juicio por haber heredado los derechos y obligaciones de la póliza de seguro el adquirente del vehículo asegurado”. (Resaltado del texto).

Para decidir, la Sala observa:

El formalizante delata la falta de aplicación del artículo 67 del vigente Decreto-Ley del Contrato de Seguro y la cláusula 14 del Condicionado General de la Póliza de Seguro, al haber el ad quem declarado con lugar la falta de cualidad del demandante, siendo que al no haber sido notificada la empresa del cambio de propietario, los derechos derivados del contrato de seguros permanecieron intactos a favor del demandante beneficiario de la póliza, así como tampoco ocurrió la aceptación por parte de la empresa del cambio de propietario del vehículo asegurado, razón por la cual considera que la defensa de fondo alegada debió ser declarada sin lugar.

Reiteradamente esta Sala, ha sostenido que la falta de aplicación ocurre cuando el juez no emplea una norma jurídica, expresa, vigente, aplicable y subsumible, la cual resulta idónea para la resolución de la controversia planteada, dando lugar a una sentencia injusta y susceptible de nulidad, pues, de haberla aplicado cambiaría esencialmente el dispositivo en la sentencia (Ver sentencia N° 494, de fecha 21 de julio de 2008, caso: Ana Faustina Arteaga y otras, contra Modesta Reyes y otra).

El artículo 67 del Decreto-Ley de contrato de seguros, delatado como no aplicado, expresa lo siguiente:

“Artículo 67. Si el objeto asegurado cambia de propietario los derechos y las obligaciones derivadas del contrato de seguro pasan al adquirente, pero tal situación deberá ser notificada a la empresa de seguros dentro de los quince (15) días hábiles siguientes. Se excep-

túa el supuesto de las pólizas nominativas para riesgos no obligatorios, si en las condiciones generales existe pacto en contrario.

Tanto el anterior propietario como el adquirente quedan solidariamente obligados con la empresa de seguros al pago de las primas vencidas hasta el momento de la transferencia de la propiedad.

El cambio de propietario deberá ser notificado por escrito a la empresa de seguros, en el plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha en que la transferencia haya operado. La empresa de seguros tendrá derecho a resolver unilateralmente el contrato dentro de los quince (15) días siguientes al momento en que hubiese tenido conocimiento del cambio de propietario, y su obligación cesará treinta (30) días después de la notificación por escrito al adquirente y del reembolso a éste de la parte de la prima correspondiente al plazo del seguro que falte por vencer.

Si la correspondiente póliza hubiese sido emitida a la orden del portador, no podrá resolverse unilateralmente el contrato.

Las disposiciones de este artículo serán aplicables también en caso de muerte, cesación de pagos y quiebra del tomador”.

La anterior norma establece que, en caso de cambio de propietario del objeto asegurado, se deberá notificar a la empresa de seguros dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha en la que haya ocurrido el cambio.

La cláusula 14 del Condicionado General de la Póliza de Seguro, expresa:

“En caso de enajenación del vehículo, los derechos derivados de esta Póliza no pasarán al adquirente, a menos que La Compañía acepte por escrito la sustitución del Asegurado”.

De la precitada cláusula se colige que, en caso de enajenación del vehículo asegurado, los derechos derivados de la póliza de seguro se transmitirán al adquirente, siempre y cuando haya aceptación por parte de la compañía

de la sustitución del asegurado.

Ahora bien, el juez de la recurrida en su fallo expresó lo siguiente:

“Es necesario destacar que la cualidad e interés de un sujeto para sostener una relación jurídico procesal, es una condición necesaria para que pueda proferirse una sentencia de fondo, lo cual está íntimamente relacionada con la legitimación activa o pasiva de las partes, por cuanto la misma deviene de la relación de identidad lógica abstracta a que se refiere la norma jurídica y la persona concreta que ejercita o contra quien se ejerce la acción. Tal legitimación *ad causam* o cualidad, si no existe, impide que el órgano jurisdiccional se pronuncie sobre el mérito de la litis. Ello deriva del hecho cierto, de que fuera de los casos expresamente previstos en la ley, nadie puede hacer valer en el proceso en nombre propio un derecho de otro; y para que se configure la legitimación *ad causam*, es necesario que las partes afirmen ser titulares activos y pasivos de la relación material controvertida y soliciten de la jurisdicción contenciosa una decisión de fondo, lo cual sólo se verifica *ab initio* con la pura afirmación del actor y de los términos mismos de la demanda, resultando posible considerar el problema de la cualidad antes de analizar el mérito de la pretensión, pues, evidentemente se trata de un presupuesto para hacer valer el derecho invocado y para que se pueda válidamente dictar la sentencia de fondo correspondiente.

Ahora bien dado que la acción deducida por el demandante en este caso está dirigida a obtener, por vía judicial, que se condene a la empresa aseguradora Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A. a pagar la cantidad de Diecisiete Millones Setecientos Treinta y Siete Mil Quinientos Bolívares (Bs. 17.737.500), monto dinerario que representa la cobertura amplia del vehículo hurtado conforme al contrato de seguro suscrito, las costas procesales y la indexación monetaria del mencionado monto reclamado, ello en virtud de ser el beneficiario del contrato de póliza de automóvil N° 81-56-9645623. En atención a ello, es necesario entonces analizar los elementos

constitutivos o estructurales del contrato de seguro, los cuales son:

a) El consentimiento o el acuerdo de voluntades: se refiere al enunciado de los sujetos de la relación sustancial (quienes consienten), es decir, que en principio los sujetos del contrato de seguro son la empresa de seguros y el asegurado.

b) El riesgo asegurado (objeto), el cual está constituido por la eventualidad de un daño en el patrimonio del asegurado, es decir, que el riesgo se halla representado por la probabilidad o posibilidad de la realización de un evento dañoso (siniestro) previsto en el contrato y que motive el nacimiento de la obligación del asegurador. Palabras más (sic) palabras menos, consiste en resarcir un daño o cumplir la prestación convenida. De allí que, a título de ejemplo, podemos afirmar que el riesgo asegurado en el contrato de seguro contra la responsabilidad civil consiste, precisamente, en la responsabilidad civil, contractual o extracontractual, en que incurra el asegurado y que por efecto automático, provoca una disminución potencial en su patrimonio.

c) El interés asegurable (causa) o motivo determinante del contrato que ha determinado al asegurado a contratar, se halla (sic) constituido por el interés económico lícito de que un siniestro no ocurra. Este concepto atrapa en su definición a la persona interesada y lo relaciona con la persona o asiento de su interés. En consecuencia, el interés consiste en la relación económica entre un sujeto y un bien susceptible de valuación económica.

((Omissis))

Es el caso que ciertamente el ciudadano Nelson Rafael Montilla Molchanov es el beneficiario de la póliza de seguro N° 81-56-9645623, empero dicho ciudadano mediante documento autenticado el día 17 de agosto de 2001, en la Notaría Pública Trigésima Sexta del Municipio Libertador del Distrito Capital, inserto bajo el N° 21, Tomo 3, cedió los derechos del vehículo objeto de la póliza interés asegurable - al ciudadano Javier Ernesto Navas Nuñez, titular de la cédula

de identidad N° 10.632.765, instrumento éste que fue anexo en reproducción fotostática, por lo que con dicho acto el ciudadano Nelson Rafael Montilla perdió el interés asegurable sobre el vehículo marca: chevrolet, tipo: pick-up, color: gris, modelo: cheyenne-1500, año: 2000, plaza: 13X-KAB, serial del motor: 3YV314101, serial de carrocería: 8ZCEC14T3YV314101.

Adicional a lo expresado, se observa que la parte demandada en el escrito de informes presentado ante el a quo en fecha 25 de octubre de 2005 manifestó que en el presente asunto hizo valer el Condicionado General de la Póliza de Seguro y en especial la Cláusula 14, según la cual “En caso de enajenación del vehículo, los derechos derivados de esta Póliza no pasarán al adquirente, a menos que La Compañía acepte por escrito la sustitución del Asegurado”; afirmación que no fue atacada por la parte demandante en este juicio, todo lo cual pone de relieve que para el caso de que el beneficiario de la póliza hubiere realizado la venta del vehículo asegurado (interés asegurable), éste debió haber notificado por escrito dicha enajenación y la empresa aseguradora hubiese aceptado por escrito la misma, lo que no aconteció en el caso de marras.

((Omissis))

Es imperioso para este juzgador, resaltar lo expresado por el autor Alfredo Morles Hernández, en su obra “Curso de Derecho Mercantil”, Tomo 4, año 2006, pág. 2395, en el sentido de que en el contrato de seguro se pueden distinguir, aunque no siempre participen todos ellos, los siguientes sujetos: El asegurador, el intermediario, el asegurado, el tomador de la póliza y el beneficiario, siendo el tomador la persona que obrando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos, es decir, que en ocasiones quien contrata con el asegurador no es el asegurado, sino un tercero que actúa en su propio nombre. El beneficiario, sería aquél en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará la empresa de seguro... Palabras más palabras menos, es el beneficiario el titular de la garantía y quien puede exigirla al asegurador en caso de que suceda algún siniestro,

y siendo que en el caso de marras el ciudadano Nelson Rafael Montilla cedió los derechos derivados del contrato de póliza antes de la interposición de la presente demanda, resulta obligado afirmar que el demandante no tiene legitimación activa para accionar contra la empresa aseguradora, y fue por ello que la parte demandada planteó discutir la cualidad para intentar el presente juicio por parte del accionante-cesionario. Así, la legitimación a la causa deviene precisamente, de quien es la persona que puede reclamar el interés asegurado, constituyendo ello un presupuesto que necesariamente se debe dar a los fines de poder acreditar válidamente la cualidad de parte dentro de este proceso judicial, en la materia de seguros que nos ocupa.

En el sub iudice, dado los términos de la pretensión deducida es evidente que si bien es cierto el actor ciudadano Nelson Rafael Montilla suscribió el contrato de póliza, no es menos cierto que dejó de ser el titular del interés asegurable que según la doctrina, “es aquel para quien la producción de un siniestro daña directamente un bien que integra su patrimonio, o indirectamente el patrimonio como unidad (daños patrimoniales), o que afecta su integridad corporal o la vida (propia o ajena) con la que se halla en relación, y el beneficiario es el que como titular del interés asegurado, tiene derecho a percibir la contraprestación del asegurador”, y siendo que quien aparece como titular/contratante de la póliza in comento es el ciudadano Nelson Rafael Montilla, quien cedió los derechos sobre el vehículo, no se cumplió con uno de las condiciones (interés) para el ejercicio de la acción, pues no existe el interés asegurable que es la relación económica entre el sujeto y el bien susceptible de valuación económica.

Dadas las circunstancias fácticas preindicadas, considera quien aquí decide que impretermitiblemente debe declararse procedente la defensa de falta de cualidad e interés del demandante para intentar el presente juicio alegada por la parte demandada, dado que no se encuentra satisfecho uno de los elementos para la validez del contrato de seguro relativo al interés asegurable, pues el accio-

nante ciudadano Nelson Rafael Montilla Molchanov para la fecha de la ocurrencia del siniestro no era el propietario del vehículo asegurado en virtud del traspaso que realizó del vehículo objeto de la póliza de seguro, y en consecuencia no tiene cualidad activa para intentar la acción de cumplimiento de contrato de póliza de seguro, no teniendo por consiguiente ningún efecto la cesión de derechos litigiosos realizada derivada de la póliza de seguros”. (Subrayado de la Sala).

De lo anterior se observa que el juez de la recurrida declaró la falta de cualidad del demandante, al no estar satisfecho uno de los elementos necesario para la validez del contrato de seguro relativo al interés asegurable, ya que éste al haber cedido los derechos del vehículo objeto de la póliza de seguro, dejó de ser el titular del interés asegurable.

De la misma manera, se constata que el ad quem, expresó que el beneficiario de la póliza al realizar la venta del vehículo asegurado, debió notificar por escrito dicha enajenación y la empresa aseguradora hubiese aceptado por escrito la misma, lo cual no aconteció en el caso de marras.

Así pues, el ad quem con tal razonamiento permite a esta Sala evidenciar que si fue aplicado el artículo 67 del vigente Decreto-Ley del Contrato de Seguro y la cláusula 14 del Condicionado General de la Póliza de Seguro, lo cual constituye razón suficiente para declarar la improcedencia de la presente denuncia. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00625.

FECHA: 05 de junio de 2013.

PARTES: Seguros Altamira, C.A., contra Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

.....
**TEMA: INDEMNIZACIÓN. TIEMPO PARA EL CUMPLIMIENTO
DE LA OBLIGACIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: de acuerdo a lo pactado por las partes esa Empresa Aseguradora está obligada a pagar los siniestros totales o parciales en un lapso no mayor de treinta (30) días hábiles, una vez presentados los recaudos.

Máxima: de la revisión de las actas que conforman el expediente se aprecia que la reparación y entrega del vehículo, se extendió hasta un año y medio aproximadamente después de haber puesto en conocimiento a la Aseguradora de la ocurrencia del siniestro, situación que en modo alguno puede considerarse como la prestación efectiva del servicio acordado.

EXTRACTO:

En el caso de autos, se observa que el 10 de agosto de 2007 la Sala de Sustanciación del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), dictó el Auto de Admisión con ocasión de la denuncia interpuesta por el ciudadano Cándido José Morales Acevedo contra la sociedad mercantil Seguros Altamira, C.A., por cuanto "...de los hechos denunciados se desprenden la presunta comisión de hechos descritos como violatorios a la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario...". (Folio 25 del expediente administrativo).

Asimismo, contrariamente a lo alegado por la recurrente, del acto administrativo impugnado se observa que el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), hizo referencia a los alegatos esgrimidos por la empresa Seguros Altamira, C.A., relativos a la emisión de órdenes de reparación y de compra de repuestos y el compromiso de la empresa y del taller asignado a reparar el vehículo del denunciante, los

cuales no resultaron suficientes a los fines de demostrar el cumplimiento efectivo de la empresa respecto a la reparación del vehículo propiedad del denunciante (folios 71 y 73 del expediente judicial).

Conforme a lo anterior, la Sala constata que la Administración no imputó a la Empresa Aseguradora, previo a la sustanciación del respectivo procedimiento administrativo, las irregularidades denunciadas en su contra, sino que la determinación del tipo legal con base al cual fue sancionada se realizó en la oportunidad de emitir la decisión definitiva del procedimiento, en la que se estableció que, efectivamente, la Aseguradora había incurrido en responsabilidad administrativa, por haber transgredido los artículos 6, numeral 6 y 18 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37.930 de fecha 4 de mayo de 2004, referidos al derecho de los usuarios a la reparación de los daños y perjuicios y la obligación que tienen las empresas de seguros y reaseguros a la prestación continua, regular y eficiente de los servicios acordados con sus asegurados; situación que, en criterio de la Administración generó para la accionante la responsabilidad administrativa a que se contrae el artículo 92 eiusdem y, por tanto, resultó sancionable con base a lo dispuesto en el artículo 122 de dicha Ley.

Por otra parte, la representación judicial de la parte actora alega que el ciudadano Cándido José Morales Acevedo (denunciante), recibió su vehículo debidamente reparado por lo que, en consecuencia, desistió de la denuncia formulada ante el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU); todo lo cual denota el cumplimiento de su mandante de las obligaciones pactadas en el contrato de seguro, pero la Administración impuso la sanción impugnada sin tomar en consideración esa circunstancia.

De los autos se observa que, ciertamente, anexo a los escritos separados del recurso jerárquico y el recurso contencioso administrativo de nulidad, la accionante consignó la copia simple del “FINIQUITO DE INDEMNIZACIÓN” -sin fecha- en el que se dejó constancia de la entrega formal del

vehículo reparado al asegurado, quien se “comprometió” a renunciar a cualquier reclamación civil, penal, mercantil, administrativa o de otra naturaleza derivada del siniestro, “desistiendo” de las denuncias formuladas ante el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) y la entonces Superintendencia de Seguros (folio 95 del expediente judicial).

No obstante, lo expuesto, no consta en autos que el ciudadano Cándido José Morales Acevedo haya planteado el desistimiento argüido por la parte actora ante el referido Instituto; así como tampoco se evidencia de los antecedentes administrativos que al momento de dictar el acto originario la Administración haya tenido conocimiento del referido acuerdo.

Por tales razones, considera la Sala que en el presente caso no se violentó la presunción de inocencia de la actora ni se invirtió la carga de la prueba, pues el tipo legal por el cual fue sancionada se realizó con base en las probanzas existentes en los autos después de la tramitación de un procedimiento administrativo con todas las garantías a su defensa. Así se decide.



En el asunto bajo examen, se observa que además de denunciar de manera genérica la inobservancia por parte de la Administración de su obligación de expresar los fundamentos de hecho y de derecho -especialmente los elementos de carácter técnico- que justifiquen la erogación a la que se somete a su mandante, la apoderada actora sostiene que la motivación del acto impugnado es contradictoria e ininteligible; sin embargo, de la fundamentación de su alegato se colige que lo esgrimido por ella es la falta de apreciación de los alegatos y pruebas aportadas por su representada en el procedimiento administrativo.

En este sentido, precisa que la sanción de multa se impuso sin analizar los alegatos vinculados con las circunstancias relacionadas con la reparación del vehículo, así como de las pruebas documentales de su mandante -entre las que destaca: los ajustes de daños, las órdenes de reparación y las

órdenes de compra- dirigidas a desvirtuar el incumplimiento de la obligación de indemnizar los daños materiales ocasionados a su representada.

Desde esta perspectiva, debe señalarse lo establecido por la Sala en otras oportunidades respecto a que el vicio de inmotivación, no solo se configura cuando hay ausencia absoluta de las razones que fundamentan el acto, sino también -entre otros casos- cuando no se aprecian los argumentos esgrimidos por la parte en el escrito de descargos presentado en sede administrativa o no se toman en consideración las pruebas promovidas en la oportunidad correspondiente; supuestos estos que eventualmente podrían vulnerar de manera directa los derechos a la defensa y al debido proceso del administrado. (Vid. entre otras, sentencias Nos. 01930 del 27 de julio de 2006 y 01078 del 3 de noviembre de 2010).

Bajo esta premisa, estima la Sala que en el caso concreto es posible denunciar conjuntamente los prenombrados vicios, los cuales pasa a analizar en el orden como fueron alegados. Así se declara.

Respecto al vicio de inmotivación de la Resolución s/n del 12 de mayo de 2008 (folios 68 al 74 de la pieza principal), se aprecia que el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), hizo referencia a los alegatos esgrimidos por el representante de la sociedad mercantil Seguros Altamira, C.A. en su escrito de descargos. En efecto, se dejó establecido que: “i)” el conductor del vehículo siniestrado (Carlos Borges) era una persona diferente al asegurado (Cándido José Morales Acevedo); “ii)” que el ajuste de daños emitido el 16 de enero de 2007 por concepto de repuestos y mano de obra arrojó la cantidad de Diecisiete Millones Cuatro Mil Cincuenta y Nueve Bolívars con Noventa y un Céntimos (Bs. 17.004.059,91) -hoy expresados en Diecisiete Mil Cuatro Bolívars con Seis Céntimos (Bs. 17.004,06)-; “iii)” que el 9 de febrero de ese mismo año se emitió una orden para la reparación del vehículo en el taller identificado con el nombre de Servicios Cemca 2000, C.A., debido a que no fue reparado satisfactoriamente en el Taller Oswal, C.A., ubicado en la ciudad de Valencia en el Estado Carabobo y; “iv)” que el 27 de noviembre de 2007 la

Compañía Aseguradora y Servicios Cemca 2000, C.A. se comprometieron a la reparación del vehículo en un tiempo aproximado de tres (3) meses, con una garantía de dos (2) meses.

Por otra parte, se observa que el órgano accionado desestimó los alegatos de la empresa recurrente, pues aun y cuando emitió una serie de órdenes la Empresa Aseguradora tiene la responsabilidad de prestar el servicio de forma eficiente y sin contratiempos en perjuicio de los asegurados. En este sentido, señaló que con la suscripción de la póliza de seguro la sociedad mercantil Seguros Altamira, C.A. asumió como suyo un riesgo y, por lo tanto, está obligada a resarcir los daños sufridos por el vehículo del denunciante con ocasión del siniestro acaecido el 18 de diciembre de 2006; obligación esta cuyo cumplimiento -a su decir- no consta en autos para el momento de dictarse la Resolución impugnada.

Asimismo, con base en lo establecido en el artículo 19 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, según el cual el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) debe velar por la defensa de los asegurados, dicho Instituto determinó el incumplimiento de las condiciones estipuladas en el contrato por parte de la Compañía Aseguradora, en virtud del retardo en la reparación del vehículo, más aún cuando la empresa pretendió eximirse de responsabilidad por el hecho de un tercero, como lo es el Taller Oswal, C.A.

Seguidamente, el Instituto destacó la violación del artículo 6 del Reglamento de la Ley de Protección al Consumidor, relativo a la Garantía, pues la norma establece que las garantías de bienes y servicios no pueden tener una duración menor a tres (3) meses, y no dos (2) como lo ofreció la empresa sancionada.

Todo lo expuesto, hizo concluir al referido Ente que la sociedad mercantil Seguros Altamira, C.A. transgredió lo dispuesto en los artículos 6 numeral 6, y 8 y 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario de 2004.

De lo anterior se evidencia que el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) hizo referencia a los alegatos y pruebas de la empresa recurrente, los cuales consideró insuficientes para desvirtuar las conductas imputadas con ocasión de la tramitación del siniestro reportado por el ciudadano Cándido José Morales Acevedo.



Ahora bien, de acuerdo con lo establecido en el encabezado del artículo 5º del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicado en la Gaceta Oficial N° 5.553 Extraordinario de fecha 12 de noviembre de 2001, el contrato de seguro “es aquél en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por una póliza”.

Con base en lo anterior, Considera oportuno la Sala hacer alusión a los alegatos expuestos por el denunciante en sede administrativa, entre los cuales destacan los siguientes:

El ciudadano Cándido José Morales Acevedo denunció ante el entonces Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), el incumplimiento del contrato suscrito con la sociedad mercantil Seguros Altamira, C.A., toda vez que de acuerdo a lo pactado por las partes esa Empresa Aseguradora está obligada a pagar los siniestros totales o parciales en un lapso no mayor de treinta (30) días hábiles, una vez presentados los recaudos.

Que su vehículo sufrió un siniestro en fecha 18 de diciembre de 2006, el cual fue reportado el 21 de ese mismo mes y año, oportunidad en la cual -según señala- la Compañía Aseguradora le entregó una lista de talleres a

donde se podía trasladar el vehículo durante la primera semana del mes de enero de 2007. Señala que, el 9 de enero de 2007, ingresó su vehículo al Taller Oswal, C.A., ubicado en la Avenida Lara de la ciudad de Valencia, Estado Carabobo, y no fue sino hasta el 9 de febrero de ese año, después de numerosas llamadas a las oficinas de la Aseguradora, que la empresa Seguros Altamira, C.A. emitió al taller la orden de reparación.

Manifiesta que transcurridos aproximadamente cuatro (4) meses, el taller mecánico le informó sobre la imposibilidad de comenzar a reparar el carro debido a la falta de repuestos; sin embargo, luego de realizada la última entrega de repuestos el 31 de mayo de 2007, continuó la problemática hasta el 11 de julio de ese mismo año, cuando el referido establecimiento le comunicó que podía retirar su vehículo.

Sin embargo, el 12 de julio de 2007 devolvió el vehículo al taller por presentar una gran cantidad de desperfectos que, a su vez, fueron informados a la empresa de seguros a los fines de designar un perito para realizar una inspección -que tuvo lugar el 26 de julio de 2007- y levantar el informe respectivo; pero fue en fecha 30 de julio de ese año cuando enviaron el vehículo a Caracas para su revisión y solución del problema.

No obstante, señala que para el momento de presentar la denuncia ante el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), había transcurrido siete (7) meses sin que el taller ni el seguro resolvieran la situación, lo que además de disgustos le generó una serie de gastos pues tuvo que trasladarse en taxi para realizar su trabajo de cobrador particular.



De los alegatos expuestos por el denunciante y de la documentación por él presentada en el procedimiento administrativo, se aprecia que el ciudadano Cándido José Morales Acevedo reportó a la sociedad mercantil Seguros Altamira, C.A., el siniestro ocurrido con su vehículo -asegurado por la mencionada empresa- en fecha 18 de diciembre de 2006.

Asimismo, se evidencia que, aunque la Sociedad Mercantil recurrente emitió una serie de órdenes de reparación y de compra de repuestos, no cumplió cabal y oportunamente la obligación de reparar el vehículo del denunciante cuyo siniestro se encontraba cubierto por la póliza de seguro.

En efecto, de la revisión de las actas que conforman el expediente se aprecia que la reparación y entrega del vehículo, se extendió hasta un año y medio aproximadamente después de haber puesto en conocimiento a la Aseguradora de la ocurrencia del siniestro -retardo este que motivó el planteamiento de la denuncia ante el Ente administrativo accionado- situación que en modo alguno puede considerarse como la prestación efectiva del servicio acordado; más aún cuando el ciudadano Cándido José Morales Acevedo manifestó en reiteradas oportunidades las numerosas diligencias que tuvo que realizar ante la empresa recurrente y el taller para agilizar la reparación de su carro, lo cual no fue controvertido por la accionante.

Cabe recordar que, el artículo 18 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario de 2004, aplicable para la época de los hechos, impone a las empresas de seguros y reaseguros -en virtud de la naturaleza de esa actividad- la obligación de prestar el servicio contratado en forma continua, regular y eficiente.

Relacionado con lo anterior, la Sala observa el alegato de la apoderada actora acerca de la exención de responsabilidad de la recurrente frente al asegurado, por una causa extraña no imputable a su mandante que le impidió entregar el vehículo reparado en el tiempo previsto, como es el hecho de un tercero extraño a la relación contractual, específicamente, el taller encargado de hacer la aludida reparación.

Al respecto, debe recordarse que con la suscripción de la póliza de seguro la sociedad mercantil Seguros Altamira, C.A., se comprometió con el denunciante a indemnizar los daños que eventualmente pudiera sufrir el bien asegurado. Así, ocurrido y reportado el siniestro, correspondía a

la mencionada empresa gestionar tanto la adquisición de los repuestos como la mano de obra necesarios para la efectiva reparación del vehículo.

En este orden de ideas, cabe hacer mención a lo dispuesto en el artículo 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario aplicable al caso, según el cual los proveedores de servicios -entre los cuales se encuentran las empresas de seguros conforme a lo previsto en el artículo 4 eiusdemson responsables civil y administrativamente por los hechos propios y por los de sus dependientes o auxiliares, sean permanentes o circunstanciales, aun cuando no tengan con los mismos una relación laboral.

En el asunto bajo examen, el cumplimiento material de la obligación no fue realizado directamente por la Empresa Aseguradora sino por un tercero autorizado por la recurrente, según se aprecia de la “Orden de Reparación” de fecha 9 de febrero de 2007 cursante al folio 77 del expediente administrativo, dirigida al Taller Oswal, C.A.; en razón de lo cual no es posible concluir que al emitir la referida orden, la sociedad mercantil Seguros Altamira, C.A. se liberó de su responsabilidad con el asegurado.

En virtud de lo expuesto, debe concluirse que el retardo y mala reparación del vehículo en que pudo incurrir el taller mecánico asignado, de ningún modo eximen de responsabilidad a la Sociedad Mercantil recurrente frente al denunciante, quien debió recibir una solución oportuna y eficiente al reclamo presentado en la Empresa Aseguradora el 21 de diciembre de 2006.

Por otra parte, la apoderada actora manifiesta que su representada no transgredió el artículo 6 del Reglamento de la Ley de Protección al Consumidor relativo a la Garantía, pues la fijación de la garantía corresponde al taller Servicios Cemca 2000, C.A. -quien la estableció en dos (2) meses- y no a su mandante.

Sobre este particular, debe señalarse que el artículo 6 del mencionado Reglamento, publicado en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela

Nº 35.274 del 13 de agosto de 1993, establece que las garantías de bienes y servicio tendrán una duración no menor de tres (3) meses.

Bajo esta premisa, se observa de los autos que aun cuando al remitir el presupuesto para la reparación del vehículo -mediante comunicación del 27 de septiembre de 2007 (folio 94 del expediente administrativo)- la empresa Servicios Cemca 2000, C.A. advirtió a la sociedad mercantil Seguros Altamira, C.A., que la garantía sobre lo reparado sería de dos (2) meses una vez entregado el bien; tanto en el acto conciliatorio celebrado en esa misma fecha (27 de septiembre de 2007) en la Sala de Conciliación y Arbitraje del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) como en el escrito de descargos del 26 de febrero de 2008 (folios 45 y 69 del expediente administrativo, respectivamente), la representación de la recurrente manifestó la voluntad de su mandante de otorgarle al ciudadano Cándido José Morales Acevedo una garantía por el mismo tiempo indicado por el taller.

En todo caso, estima la Sala que independientemente del tiempo fijado por el establecimiento que reparó el automóvil, el antes mencionado Reglamento de la Ley de Protección al Consumidor relativo a la “Garantía” establece un lapso mínimo de garantía al cual está sujeto la Aseguradora quien, como se señaló, es la responsable ante el asegurado del cumplimiento de las condiciones pactadas en el contrato de seguro.

Respecto a la entrega del vehículo y el subsiguiente desistimiento del ciudadano Cándido José Morales Acevedo respecto a la denuncia formulada ante el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) -lo que, a decir de la recurrente, denota el cumplimiento de sus obligaciones-, es necesario señalar que además de no constar en autos una manifestación expresa del referido ciudadano al ente accionado acerca de su voluntad de dar por terminado el procedimiento llevado en sede administrativa, lo sancionado en el asunto concreto bajo análisis, es la inobservancia de los plazos para hacer efectiva la indemnización -en este caso, mediante la reparación- de los daños sufridos por el vehículo del asegurado.

Finalmente, asegura la apoderada actora que, con fundamento en el derecho a la presunción de inocencia, la carga de hacer la investigación y aportar las pruebas pertinentes que demuestren los hechos ocurridos, corresponde “íntegramente” a la Administración y no al sujeto investigado.

.....

TRIBUNAL: Sala Constitucional.

SENTENCIA: 952.

FECHA: 16 de julio de 2013.

PARTES: Cámara de Aseguradores de Venezuela y Mapfre La Seguridad, C.A. de Seguros contra el artículo 44 de la Ordenanza de Impuesto sobre Vehículos del Municipio Barinas del Estado Barinas.

.....

**TEMA: ACTIVIDAD ASEGURADORA: RESERVA LEGAL.
COMPETENCIA MUNICIPAL EN RELACIÓN A LAS EMPRESAS
DE SEGUROS**

Máxima: es exclusividad del Poder Legislativo Nacional establecer sanciones por el incumplimiento de una exigencia en relación a las compañías de seguros, establecida como reserva legal constitucionalmente, siendo que, la competencia municipal se encuentra limitada al cobro de impuestos sobre vehículos, no siendo la empresa aseguradora por la sola celebración de un contrato de seguro, sujeto pasivo de la obligación tributaria -salvo en los vehículos de su propiedad-; existiendo una fuerte intervención del Estado en el ejercicio de las actividades referentes al sector asegurador, mediante un control previo y posterior, así como una actividad fiscalizadora en el ejercicio de la misma.

EXTRACTO:

(...) La parte accionante alega que el artículo 44 de la Ordenanza de Impuesto sobre Vehículos del Municipio Barinas del Estado Barinas, viola su derecho constitucional a la propiedad, a la libertad económica, reserva legal, a la prohibición de confiscación y al principio a la seguridad jurídica, por cuanto la norma impugnada establece la imposición de una sanción por el hecho de un tercero con anterioridad a la contratación de una persona que no es dependiente y generan una confiscación velada con la sanción impuesta, aunado al hecho de que la exigencia de la certificación de solvencia como condición previa a la contratación de seguros implica un requerimiento adicional a la actividad reguladora, la cual es ajena a la actividad comercial y asimismo, alegan que la sanción contemplada no guarda una proporcionalidad y racionalidad con la actividad ejercida por la compañía aseguradora.



Antes de entrar en el cuestionamiento constitucional de la norma en atención a la proporcionalidad y racionalidad de la sanción económica que luego será reflexionado, debe esta Sala atender, en primer lugar, al alegato formulado sobre el vicio de usurpación de funciones por parte del Concejo Municipal del Municipio Barinas, al invadir las competencias del Poder Público Nacional, al establecer una serie de restricciones y sanciones a una actividad intensamente regulada como es la actividad de seguros y reaseguros.

Establecido ello, es de advertir que si bien el artículo 180 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece que la potestad tributaria municipal es diferente y autónoma de las potestades reguladoras del Estado, dicha norma debe entenderse en cuanto a la acción establecida en ésta, es decir, a la actividad económica generadora del tributo -la base imponible de la actividad gravada-, lo cual ha permitido la interpretación de la procedencia del impuesto sobre actividades económicas en los Municipios y su correspondencia o subsistencia con la regulación de actividades reservadas exclusivamente al Poder Público Nacional.

● ● ●

Con respecto a ello, debe esta Sala resaltar que las normas sobre control de la actividad aseguradora, están intensamente reguladas en el ordenamiento jurídico venezolano en función de lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley de la Actividad Aseguradora, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela n° 5.990 Extraordinaria del 29 de julio de 2010, el cual establece que “El objeto de la presente Ley es establecer el marco normativo para el control, vigilancia, supervisión, autorización, regulación y funcionamiento de la actividad aseguradora, a fin de garantizar los procesos de transformación socioeconómico que promueve el Estado, en tutela del interés general, representado por los derechos y garantías de los tomadores, asegurados y beneficiarios de los contratos de seguros, de reaseguros, los contratantes de los servicios de medicina prepagada y de los asociados de las cooperativas que realicen actividad aseguradora de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica del Sistema Financiero Nacional”.

● ● ●

Con fundamento en la importancia para la actividad económica que genera el sector de seguros y su incidencia en la regulación normativa pública, es que el Constituyente reservó su ordenación como una competencia exclusiva del Poder Legislativo Nacional, al establecer en el artículo 156.32, la reserva legal de dicha actividad.

● ● ●

En tal sentido, se aprecia que la imposición de una obligación a las compañías aseguradoras sobre la exigencia del certificado de solvencia del impuesto sobre vehículos a terceros contratantes, limita la libertad económica en cuanto al acceso a la contratación con los particulares, de manera disímil a la regulación que recae en el Poder Nacional, al establecer condiciones a la actividad aseguradora diferentes a las consagradas por el legislador nacional, por lo que, en el presente caso, no se grava la actividad comercial.



En el caso concreto, en primer lugar, se aprecia que la imposición por parte del Municipio de una condición previa al ejercicio de la contratación del seguro de vehículo entre la aseguradora y el contratante del contrato de seguro mediante el requerimiento del certificado de solvencia, constituye una limitación indebida a la libertad de empresa, que no se encuentra establecida en la Ley de la Actividad Aseguradora, ya que no grava las rentas -propia competencia en materia de ingresos municipales (Artículo 178 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela) sino que por el contrato limita el desenvolvimiento normal en materia de contratación de seguros, competencia que recae en el Poder Legislativo Nacional y en la inspección del control de las condiciones de contratación por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.



En tal razón, la competencia municipal se encuentra limitada al cobro de impuesto sobre vehículos, por tanto la compañía aseguradora por la sola celebración de un contrato de seguros no es el sujeto pasivo de la obligación tributaria -salvo los vehículos de su propiedad-, por lo que mal podía el legislador municipal establecer una sanción por el incumplimiento de una exigencia -certificado de solvencia del impuesto- que no le corresponde al Municipio por ser una actividad intensamente regulada con exclusividad por el Poder Legislativo Nacional.



“Dentro de este contexto puede afirmarse que los Municipios no pueden establecer condiciones que incidan en la contratación en materia de seguros, ni aún bajo el pretexto de garantizar la recaudación de los ingresos que de acuerdo con la Constitución les corresponde, como es el caso de los impuestos sobre vehículos, previstos en el numeral 2 del artículo 179, puesto que, de acuerdo con lo señalado, la materia de seguros no forma parte del ámbito de sus competencias constitucionales y cualquier regulación en este sentido constituye una limitación no permitida a la libertad

de empresa de las compañías aseguradoras que se encuentran sometidas a un régimen especial definido por la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y sujetas a la supervisión de la Superintendencia de Seguros”.



En congruencia con lo expuesto, se aprecia que en el presente caso, como se ha reiterado el artículo 44 de la Ordenanza impugnada, impone no sólo una limitación a la actividad aseguradora que no forma parte del ámbito de sus competencias constitucionales y, cualquier regulación en este sentido constituye una limitación no permitida a la libertad de empresa de las compañías aseguradoras que se encuentran sometidas a un régimen especial definido por la Ley de la Actividad Aseguradora y sujetas a la supervisión de la Superintendencia de Seguros, sino que a su vez, impone una sanción que supera los límites de la proporcionalidad de la misma, visto que no se produce como consecuencia de la actividad del sujeto pasivo de la obligación tributaria sino de un tercero ajeno a la misma, por lo que el presunto ilícito administrativo ni siquiera se deriva del gravamen de la actividad económica producido en el respectivo Municipio sino por el ejercicio consustancial de su actividad comercial, coto vedado de restricción por carecer de competencia en virtud de la reserva legal establecida en el artículo 156.32 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Así se decide.

En consecuencia, esta Sala debe declarar la nulidad parcial del artículo 44 de la Ordenanza de Impuesto sobre Vehículos del Municipio Barinas del Estado Barinas, publicada en la Gaceta Municipal del referido Municipio n° Extraordinario 88-06, del 22 de noviembre de 2006, por cuanto cerceña el derecho a la libertad de empresa consagrado en el artículo 112 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, anulándose lo referente a la regulación de la actividad aseguradora.



Finalmente, en relación con los efectos de la decisión en el tiempo, esta Sala determina que esta sentencia tendrá efectos ex nunc. Así se decide.

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil .

SENTENCIA: RC.000412.

FECHA: 18 de julio 2013.

PARTES: Conservas del Mar, C.A. contra Multinacional de Seguros, C.A.

.....
**TEMA: OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR EN EL
CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: la duración del contrato será estipulada por las partes, la cual no podrá exceder de diez años; señalando de igual forma que salvo pacto en contrario, el contrato se prorrogará tácitamente una o más veces, incluso por cláusulas convencionales, pero cada prórroga tácita no podrá exceder de un año. Es por lo que, la póliza adquirida para el período 2004-2005, se encontraba vigente para el momento del acaecimiento del siniestro -incendio-, toda vez que, el contrato no perdió su vigencia, sino por el contrario se renovó automáticamente.

EXTRACTO:

Conforme a lo dispuesto en el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, se delata la infracción del artículo 51 de la Ley del contrato de seguro, y de los artículos 1.159 y 1.160 del Código Civil, todos por falta de aplicación.

Señala el recurrente lo siguiente:

“Tal denuncia se basa en lo siguiente:

Para resolver la controversia, el juez de alzada, declaró sin lugar la llamada pretensión principal ejercida por la actora y con lugar la

pretensión subsidiaria, y al efecto estableció que como la asegurada demandante pagó la prima correspondiente a la renovación del período de seguro comprendido entre los años 2004-2005, el 23 de agosto de 2004, ello significaba que de conformidad con la cláusula 1 de las condiciones generales de la póliza suscrita, los riesgos comenzaron a correr por cuenta de mi representada a partir de esa fecha, lo que es su criterio implicaba que el siniestro reclamado, ocurrido en fecha 18 de agosto de 2005, tenía cobertura, por cuanto el referido período de seguro al ser anual, concluyó el 23 de agosto de 2005.

Para llegar a la referida conclusión, el juez de alzada aplicó la cláusula 1 de las condiciones generales de la póliza de seguro de incendio cuyo cumplimiento se demandó, y citó sin ningún tipo de análisis los artículos 28 y 51 de la Ley del contrato de seguro, como se evidencia de la siguiente transcripción parcial de la sentencia recurrida.

((Omissis))

No obstante, si bien es cierto que de conformidad con la referida cláusula 1 de las condiciones generales de la póliza cuyo cumplimiento se reclama, los riesgos asumidos por mi representada sólo comenzarían a correr por su cuenta, desde el momento en el cual la asegurada demandante pagó la prima convenida, dicha circunstancia, que únicamente determina el momento a partir del cual se inicia la cobertura de los riesgos, en modo alguno puede significar que la duración o vigencia del contrato convenida por las partes quedó modificada o prorrogada en virtud de un pago tardío de la prima.

Pareciera, que la referida conclusión es obtenida por el juez que produjo la sentencia recurrida, al aparentemente aplicar además de la cláusula 1 de las condiciones generales de la póliza, el artículo 28 de la Ley del contrato de seguro, en el cual se establece vía presunción juris tantum que la prima cubre el período de un año, en caso de que no se haya especificado y no pueda determinarse

de acuerdo con el reglamento actuarial. Desde luego que el juez de alzada interpretó que el legislador quiso significar, que como quiera que de acuerdo con la misma norma, por período de seguro se entiende el lapso para el cual ha sido calculada la unidad de prima, y como la prima fue calculada para el período de un año, en el caso concreto a partir del pago tardío realizado por la asegurada demandante en fecha 23 de agosto de 2004, la duración del contrato resultó modificada y no será la establecida por las partes, sino la por él arbitrariamente establecida, concretamente, desde el 23 de agosto del 2004 al 23 de agosto de 2005, por cuanto no existe norma alguna en el ordenamiento jurídico que fundamente tal conclusión.

Por el contrario, el encabezamiento del artículo 51 de la Ley del contrato de seguros denunciado como infringido por falta de aplicación, y transcrito más no aplicado por el juez que produjo la sentencia recurrida, establece expresamente que “La duración del contrato será la estipulada por las partes, y no podrá exceder de diez (10) años”; desde luego que en el caso que se examina las partes establecieron expresamente la duración del contrato de seguro bajo examen, y en lo que respecta a la vigencia para el período de renovación 2004-2005, convinieron en establecer como fecha de duración o vigencia, desde el 12 de julio de 2004 al 12 de julio de 2005, tal y como se evidencia de la propia sentencia recurrida.

En efecto, en el caso que se examina el ad quem al referirse a la llamada “pretensión o reclamación principal ejercida por la demandante, y al analizar y valorar las pruebas por ella promovidas y evacuadas, estableció que la vigencia de las renovaciones del contrato de seguro cuyo cumplimiento se demandó fueron convenidas por las partes en los períodos comprendidos entre el 12 de julio de 2001 al 12 de julio de 2002; 12 de julio de 2002 al 12 de julio de 2003, (sic) 12 de julio de 2003 al 12 de julio de 2004; y 12 de julio de 2005 al 12 de julio de 2006.

Al respecto, en el fallo recurrido (folios 193 al 195 de la última pieza del expediente) se estableció textualmente lo siguiente:

((Omissis))

Y más adelante al decidir la referida pretensión principal (folios 205 al 206 de la última pieza del expediente) el juez de alzada insiste en que la vigencia de los períodos de renovación del contrato de seguros reclamado son a partir del 12 de julio de cada año hasta el 12 de julio del año siguiente y sobre el particular establecido lo que a continuación se transcribe:

((Omissis))

Como puede apreciarse de la anterior transcripción, consta de la propia sentencia recurrida que las partes convinieron expresamente en la duración del contrato de cuyo cumplimiento se demandó, y en lo que respecta al período de seguro comprendido entre los años 2004-2005, convinieron expresamente como fecha de inicio, el 12 de julio de 2004, y como fecha de término, el 12 de julio de 2005, razón por la cual el juez de alzada al concluir que a partir del pago de la prima en fecha 23 de agosto de 2004, la duración del contrato de seguros no es la convenida por las partes, sino la que el propio juez de alzada señaló en su sentencia, concretamente, desde el 23 de agosto de 2004 al 23 de agosto de 2005, sin lugar a dudas infringió por falta de aplicación el contenido del encabezamiento del artículo 51 de la Ley del contrato de seguros, que establece que “la duración del contrato será la estipulada por las partes”, según señaló anteriormente.

Pudiera pensarse que de la interpretación de la referida cláusula 1 de las condiciones generales de la póliza suscrita en concordancia con el artículo 28 de la Ley del contrato de seguros, que establecen por una parte que los riesgos que asumió mi representada comenzaría a correr por su cuenta, desde el momento que la asegurada demandante pagó la prima convenida, esto es el 23 de agosto de 2005, y por la otra que vía presunción juris tantum que la prima cubre el período de un año, en caso de que no se haya especificado y no pueda determinarse de acuerdo con el reglamento actuarial, conforme a la conclusión a la cual arribó el sentenciador de alzada

al resolver la pretensión subsidiaria propuesta por la parte actora, que el siniestro reclamado y ocurrido en fecha 18 de agosto de 2005 estaría cubierto; pero qué duda cabe que el referido período del contrato de seguro en cuestión, finalizó por voluntad de las partes contratantes en fecha 12 de julio de 2005, pues en esta materia rige el principio de autonomía de la voluntad de las partes, lo cual determina sin el mayor atisbo de duda posible y que no puede taparse con un dedo o con interpretaciones subsidiarias extraídas de la chistera (sic) y sin ningún tipo de fundamento legal que las sustenten, que el siniestro reclamado ocurrió bajo la vigencia del período de seguro comprendido entre el 12 de julio de 2005 y el 12 de julio de 2006, concretamente el 18 de agosto de 2005, estando pendiente de pago para la referida fecha la prima convenida y establecida para el referido período, y en perfecta aplicabilidad y vigencia la cláusula 1 de las condiciones generales de la póliza suscrita.

Además, la duración establecida por el juzgador de alzada, desde el 25 de agosto de 2004 al 25 de agosto de 2005, implica que el período de seguro anterior, o bien el subsiguiente, tendrían una duración superior a la del año, lo cual resulta incluso contrario a la propia conclusión establecida en el fallo recurrido según la cual las partes convinieron que el período de vigencia de cada una de las renovaciones era de un (1) año. Por supuesto que sí como señala el juez de alzada en su sentencia, la duración de la referida renovación 2004-2005 en virtud del pago realizado en fecha 23 de agosto de 2004, terminó en fecha 23 de agosto de 2005, resulta obvio que se presentaría un desfase temporal sin fundamento actuarial alguno en lo que al cálculo de la prima correspondiente al período anterior o terminado se refiere, que la propia recurrida señaló que las partes convinieron desde el 12 de julio de 2003 al 12 de julio de 2004, o en lo que atañe al período subsiguiente del 12 de julio de 2005 al 12 de julio de 2006; y además generaría una inseguridad jurídica terrible e insoportable al hacer depender la duración o vigencia del contrato, de la voluntad del asegurado, por virtud de la fecha en que éste decida realizar el pago de la prima, dejándola a todas luces indeterminada.

La única forma de entender el asunto, sin violar principios del seguro universalmente aceptados, generar inseguridad jurídica y sin contrariar tanto lo dispuesto en las normas denunciadas como infringidas, ni las estipulaciones contractuales convenidas por las partes, es entender, que la suspensión de cobertura establecida en la cláusula 1 de las condiciones generales de la póliza suscrita constituye una penalidad contractual en cabeza del asegurado moroso en el pago de la prima; penalidad que, contrario a lo decidido por el *ad quem*, no altera en modo alguno la duración del contrato sino que suspende la eficacia del mismo hasta tanto el asegurado decida pagar la prima convenida y rehabilitar la cobertura hasta su finalización; concretamente suspende por causa imputable al propio asegurado, la obligación de la aseguradora de asumir los riesgos (*sic*) a los cuales se encuentre expuesta la cosa asegurada, y únicamente esa obligación. Finalizado el período del seguro correspondiente vuelven a nacer las obligaciones recíprocas propias de este tipo de contrato bilateral, concretamente la cobertura de los riesgos por cuenta del asegurador y el pago de la prima por parte de la aseguradora, y las demás estipulaciones contractuales, entre ellas la cláusula de suspensión de cobertura. Cualquier otra interpretación subsidiaria, ortodoxa o intergaláctica implica un desconocimiento general y absurdo en provecho de un simple particular de las disposiciones que regula la institución del seguro no solo en Venezuela, sino a nivel internacional.

((Omissis))

De igual forma, tal y como quedo plasmado en la sentencia recurrida al resolverse la pretensión principal, la jurisprudencia nacional ha reconocido la validez de este tipo de cláusulas y ha establecido de manera constante y pacífica su naturaleza sancionatoria o de penalidad contractual, tal y como ha sido reconocido por la doctrina extranjera anteriormente citada.

Lo que resulta incoherente y hasta ridículo es que el juez de alzada haya establecido la validez de la referida cláusula de suspensión

de cobertura para desechar la llamada pretensión principal de la demandante, y luego para la supuesta pretensión subsidiaria, que no es tal si no la misma reclamación desesperada y sin fundamento, pero modificando los hechos y con otro argumento, la haya aplicado para declarar con lugar la demanda, sin comprender el verdadero alcance, y desconociendo la duración del contrato convenida por las partes de conformidad con el artículo 51 de la Ley del contrato de seguro denunciado como infringido.

Adicionalmente, el juez que profirió la sentencia recurrida infringió por falta de aplicación el artículo 1159 del Código Civil, el cual consagra la fuerza obligatoria de los contratos, semejante a la de la ley, el cual rige en, los contratos de seguros y en aplicación del cual es perfectamente válido que las partes establezcan tanto la duración de los contratos de seguros y en aplicación del cual es perfectamente válido que las partes establezcan tanto la duración de los contratos, como las causales de liberación de la obligación de una de las partes, en caso de incumplimiento de la correspondiente obligación de la otra, y así debió ser resuelto por la recurrida. Igualmente, infringió la decisión impugnada, por falta de aplicación, el artículo 1160 *eiusdem*, el cual obliga a los sujetos del contrato a cumplir sus disposiciones de buena fe, y no solo lo expresado en él sino también todas las consecuencias que de éste se derivan, según la equidad, el uso o la ley; cuestión que tampoco fue determinado por la recurrida al olvidar que en materia de contratos rige el principio de la autonomía de la voluntad, como fue explicado con anterioridad. De haber aplicado estas disposiciones, la recurrida habría concluido que la vigencia del contrato de seguros era la estipulada por las partes, concretamente, desde el 12 de julio de 2004 al 12 de julio de 2005, y que no obstante el pago de la prima realizado en fecha 23 de agosto de 2005, el contrato de seguros en lo que respecta al referido período de renovación finalizó el 12 de julio de 2005, y por tanto no resultaba procedente la reclamación subsidiaria de la asegurada demandante.

Por supuesto, si las partes de conformidad con el artículo 51 de

la Ley del contrato (sic) de Seguros, en lo que respecta al período de seguro comprendido entre los años 2004-2005, convinieron expresamente como fecha de inicio, el 12 de julio de 2004, y como fecha de término, el 12 de julio de 2005, dicha convención que debió ser respetada, y aplicada para resolver la controversia, por cuanto esa fue la ley que las partes escogieron para que regulara la relación existente entre ellas de conformidad con el artículo 1159 del Código Civil, y en consecuencia debió ejecutarse de buena fe y cumplir lo que en dicha convención se expresó, de conformidad con lo establecido en el artículo 1160 eiusdem.

En virtud de ello el juez de alzada para resolver la llamada “pretensión subsidiaria”, debió concluir igualmente, que el siniestro reclamado ocurrido en fecha 18 de agosto de 2005, ocurrió durante el período de seguro o renovación subsiguiente, concretamente, desde el 12 de julio de 2005 al 12 de julio de 2006, y como quiera que la prima correspondiente a este último período de vigencia del contrato sólo fue pagada el 19 de agosto de 2005 un día después de la ocurrencia del siniestro reclamado, mi representada se encontraba exenta de la obligación de indemnizarlo de conformidad con la cláusula 1 de las condiciones generales de la póliza suscrita, tal y como fuera decidido al resolver la llamada pretensión principal propuesta por la parte actora.

Las infracciones denunciadas fueron determinantes del dispositivo de la sentencia, por cuanto de haber aplicado el encabezamiento del artículo 51 de la Ley del contrato de seguro, y los artículos 1159 y 1160 del Código Civil, el juez de alzada habría declarado igualmente sin lugar la pretensión subsidiaria propuesta por la parte actora, por cuanto habría concluido que el pago realizado en fecha 23 de agosto de 2005 no puede modificar la duración del contrato convenida por las partes, y en consecuencia habría decidido que en lo que respecta a la referida renovación 2004-2005, su vigencia finalizó el 12 de julio de 2005, no obstante haberse pagado la prima en fecha 23 de agosto de 2004.

En acatamiento a la técnica para la formalización establecida por la Sala para este tipo de denuncias, señalamos como normas que el Juez (sic) de alzada debió aplicar y no aplicó, las mismas que se denuncian como infringidas, y las razones que demuestran su aplicabilidad han quedado plasmadas en el desarrollo de la presente denuncia.

Por estas razones solicitamos se declare procedente esta denuncia de infracción de los artículos 51 de la Ley del contrato de seguros en su encabezamiento; 1159 y 1160 del Código Civil, y consecuentemente, se case la sentencia recurrida con todos los pronunciamientos a que hubiere lugar”.

Arguye el formalizante que el sentenciador de alzada condenó a su representada, al considerar procedente la pretensión subsidiaria ejercida por la parte demandante, en relación a la indemnización del siniestro ocurrido en fecha 18 de agosto de 2005, el cual -a juicio del ad quem- debía ser cubierto por la póliza contratada y que regiría el período 2004-2005, tomando en consideración que tal cobertura se encontraba vigente en virtud que la prima había sido cancelada en fecha 23 de agosto de 2004, y siendo que el siniestro ocurrió el 18 de agosto de 2005, conforme a la cláusula primera de la póliza de seguro de incendio, tal siniestro se encontraba amparado.

Señala que las partes contratantes convinieron expresamente que el lapso de duración de vigencia del contrato que regiría el período 2004-2005, sería de un año, cuya fecha de inicio era el 12 de julio de 2004 y de culminación el 12 de julio de 2005, por lo que es equivocado el razonamiento del juez de alzada al concluir que “a partir del pago de la prima en fecha 23 de agosto de 2004” se contaba el plazo para el fenecimiento de la vigencia, lo cual no era lo convenido por las partes, lo que a juicio del formalizante infringió el artículo 51 de la Ley del contrato de seguros, por falta de aplicación, por cuanto dicha disposición estatuye que “la duración del contrato será la estipulada por las partes”.

Expresa que aceptar que la duración del contrato establecida por el juez de última instancia, implicaría “que el período de seguro anterior, o bien el subsiguiente, tendrían una duración superior a la del año, lo cual resulta incluso contrario a la propia conclusión establecida en el fallo recurrido según la cual las partes convinieron que el período de vigencia de cada una de las renovaciones era de un (1) año”.

Agrega que la suspensión de la cobertura a que se refiere la cláusula 1° de las condiciones generales de la póliza constituye una penalidad contractual en cabeza del asegurado moroso en el pago de la prima, pero que -en su opinión- “no altera en modo alguno la duración del contrato sino que suspende la eficacia del mismo hasta tanto el asegurado decida pagar la prima convenida y rehabilitar la cobertura hasta su finalización”. Por lo que considera que una vez fenecido el período del seguro “vuelven a nacer las obligaciones recíprocas propias de este tipo de contrato bilateral”.

Adicionalmente argumenta que el juez desconoció lo establecido en el artículo 1.159 del Código Civil delatado como infringido, pues el mismo dispone la fuerza obligatoria de los contratos entre las partes, así como de su duración. Que de igual forma fue violado por falta de aplicación el artículo 1.160 del referido código por cuanto el mismo obliga a los contratantes a cumplir lo convenido, así como todas sus consecuencias., y en esta ocasión ello fue desconocido el ad quem.

Añade que las infracciones delatadas fueron determinantes en el dispositivo del fallo por cuanto “de haber aplicado el encabezamiento del artículo 51 de la ley de contrato de seguro, y los artículos 1159 (sic) y 1160 (sic) del Código Civil, el juez de alzada habría declarado igualmente sin lugar la pretensión subsidiaria propuesta por la parte actora, por cuanto habría concluido que el pago realizado en fecha 23 de agosto de 2005 no puede modificar la duración del contrato convenida por las partes, y en consecuencia habría decidido que en lo que respecta a la referida renovación 2004-2005, su vigencia finalizó el 12 de julio de 2005, no obstante haberse pagado la prima en fecha 23 de agosto de 2004”.

Para decidir, se observa:

La falta de aplicación de una norma jurídica se produce cuando el juez niega la existencia o la vigencia de una norma dispuesta para resolver la controversia sometida a su consideración.

Ahora bien, a fin que se puedan constatar los dichos del formalizante, la Sala considera necesario transcribir lo pertinente de la decisión recurrida la cual es del tenor siguiente:

“Ahora bien, resuelto el punto sobre la pretendida cobertura provisional, establece quien juzga, que conforme a la cláusula 1º de la póliza No. 08-01-089190, vigente desde el 12 de julio de 2001 hasta el 12 de julio de 2006, la demandada Multinacional de Seguros, C.A., asumía los riesgos transferidos por el mencionado contrato desde el momento en que el asegurado hubiera pagado la prima; el pago surtiría efecto mediante la entrega hecha por la compañía al asegurado de un recibo impreso del pago. Ahora bien, del elenco probatorio se dejó sentado que la renovación de la póliza de seguro con vigencia del 12.07.2005 al 21.07.2006, fue pagada por la actora, conforme al recibo de prima distinguido con el número 6.1 emitido el 19.08.2005, el mismo día en que fue pagada la renovación; lo que conjugado con la cláusula 1º de la convención, y sin que haya alguna cobertura provisional comprobada en los presentes autos, tal como se dejó sentado en el párrafo anterior, debe acogerse la suspensión de la misma y asunción del riesgo contratado a partir de la fecha en que fue emitido el recibo de prima, esto es, a partir del 19.08.2005, en razón de ello debe determinarse que la reclamación efectuada por la actora en base a la renovación de la póliza No. 08-01-089190, vigente desde el 12 de julio de 2001 hasta el 12 de julio de 2006, por el siniestro ocurrido el 18.08.2005, no debe prosperar en razón que los riesgos comenzaron a correr desde el 19.08.2005, por la renovación contractual del período 12.07.2005

al 12.07.2006; lo que patentiza la materialización del Principio (sic) PACTA SUNT SERVANDA; lo que pactan las partes debe ser obedecido, en el sentido de que expresamente aceptaron que no obstante la vigencia de la póliza, la cobertura quedaría suspendida hasta el pago de la prima convenida. En razón de ello, no debe prosperar la reclamación por vía principal pretendida por la sociedad mercantil Conservas del Mar, C.A., en contra de la compañía Multinacional de Seguros, C.A. por indemnización del siniestro ocurrido el 18 de agosto de 2005. Así se decide.

Decidida la reclamación por vía principal, debe resolverse la intentada por la demandante en forma subsidiaria, para lo cual la actora estableció en su libelo de demanda que para el supuesto de acogerse lo dispuesto en la cláusula 1º de la póliza No. 08-01-089190, de la renovación 2005-2006, era imperativo concluir que el mismo criterio debía aplicarse a la renovación 2004-2005, emitida el 01.06.2004, acompañada marcada “5” en la cual se estableció la vigencia desde el 12.07.2004 hasta el 20.07.2005 y cuya prima fue pagada el día 23 de agosto de 2004, generando una cobertura desde esa misma fecha y hasta el 23.08.2005; y siendo que el siniestro ocurrió el 18.08.2005, cinco (5) días antes del vencimiento del plazo anual, las pérdidas ocasionadas por el siniestro debían ser indemnizadas por la renovación de la póliza del 12.07.2004 hasta el 20.07.2005.

Sobre la reclamación por vía subsidiaria el tribunal, juzga:

El punto fundamental de la controversia se relaciona con el alcance y contenido de la Cláusula 1º del Condicionado General de la póliza de Incendio N° 08-01-089190, la disposición en cuestión es del siguiente tenor:

Salvo se haya otorgado Cobertura Provisional, los riesgos que asume LA COMPAÑÍA comenzarán a correr por su cuenta, desde el momento en que EL ASEGURADO haya cancelado la prima convenida”.

Como bien señala la demandada sólo asume los riesgos desde el momento en que el asegurado procedió a pagar la prima convenida.

Este es un criterio que se ha mantenido en el tiempo y que la Jurisprudencia (sic) de nuestro Máximo Tribunal ha acogido desde años atrás, cuando expresó: Esa duración se deduce, por implícita, de otra característica que debe contener la Póliza, la del numeral 6º del mismo artículo, o sea, la época en que principian y concluyen los riesgos para el asegurador; y claramente estipula en dicha Póliza que todo caso, la responsabilidad que asume la Compañía no empezará a correr sino desde el momento de haber ella recibido el valor de las primas correspondientes. Esa es la estipulación expresa que contiene la Póliza en cuanto a la época de comienzo de los riesgos por parte de la Aseguradora; y en lo referente a la conclusión de los mismos riesgos el mencionado instrumento expresa que se expide por el plazo máximo de diez años, bajo el régimen de pago de primas anuales, con lo cual quedó cumplido el requisito exigido por el citado numeral 6º del artículo 550 del Código de Comercio.

Mas adelante la citada jurisprudencia de Casación nos dice:

((Omissis))

Los artículos 28 y 51 del Decreto Ley del contrato de seguros, aplicable al caso en cuestión en este punto, establecen:

((Omissis))

Se evidencia de las renovaciones de la póliza realizadas en distintas oportunidades por las partes contratantes, que éstas convinieron que el período de vigencia de cada una de las renovaciones era de un (1) año; sí como bien indica la cláusula primera del contrato de incendio los riesgos comienzan a correr para la aseguradora, desde el momento en que EL ASEGURADO haya pagado la prima convenida, se entiende entonces que los riesgos para la aseguradora comenzaron a correr desde el día 23 de agosto del 2004, hasta el

mismo día del año siguiente, es decir, hasta el 23 de agosto del año 2005, y Así (sic) expresamente se declara.

Analizando las pruebas aportadas a los autos y para sustentar lo dicho anteriormente, observa el Tribunal (sic) que consta a los folios 57 y 58 de la Primera Pieza (sic) del expediente, contrato suscrito por Inversora Multinacional 8, C.A. en el cual se financian las pólizas: 1º) Ramo 8 Póliza 01-89190 recibo115840 con vigencia desde 12.07.2004 hasta 12.07.2005, Prima de Siete Millones Doscientos Treinta y Ocho Mil Ochocientos Veinte Bolívars con siete céntimos (Bs.7.238.820,07), el cual coincide totalmente con la Póliza-Recibo (sic) que se anexó al folio 56 donde aparece un sello húmedo de pago emanado de la financiadora Inversiones Multinacional 8, C.A., de fecha 23 de agosto del 2004. Documentales que se aprecian en todo su contenido por tratarse del financiamiento relacionado con la renovación de los períodos contratados de la póliza. Así expresamente se decide.

Como anteriormente se dijo, si la fecha de pago de la prima relativa al contrato de incendio se realizó en fecha 23 de agosto del 2004, tal y como lo menciona el asegurado en el libelo de la demanda y como quedó demostrado de las pruebas consignadas en los autos, el vencimiento de esta renovación del contrato de incendio terminó en fecha 23 de agosto del 2005, por lo que el siniestro de fecha 18 de agosto del 2005 estaba debidamente amparado por ésta renovación y no por la renovación del 2005-2006 la cual fue pagada en fecha 19 de agosto del 2005 y Así (sic) expresamente se decide.

La renovación 2005-2006, contrariamente a lo indicado por la actora en el libelo de demanda, no fue emitida en fecha 19 de agosto del 2005 -día siguiente a la ocurrencia del siniestro-; por el contrario, la prueba que aporta la actora para sustentar tal alegato, es el recibo que expide la financiadora y no el recibo de renovación de la póliza, éste último con el número 118426, riel a folio 59 de la primera pieza del dossier y ha sido traído a los autos por la propia actora. En el mencionado recibo de renovación se observa que el

mismo fue producido por la aseguradora en fecha 12 de julio del 2005 y que éste fue pagado el 19 de agosto de 2005; pero este recibo de prima no es el que ampara el siniestro en cuestión, sino el de la renovación 2004-2005, el cual, como antes se dijo, fue pagado el 23 de agosto del 2004 y cuyo vencimiento se produjo el 23 de agosto del 2005, es decir cinco (5) días después de la ocurrencia del siniestro. El alegato de la parte demandada de que los riesgos comenzaron a correr fue a partir del pago de la prima de la renovación del 2005-2006, es decir desde el 19 de agosto del 2005 y que en vista de ello la prima fue pagada después de la ocurrencia del siniestro, no tienen validez, ya que como se dijo anteriormente, la prima que cubre el siniestro es la de la renovación 2004-2005 pagada el 23 de agosto del 2004, cuyo vencimiento fue el 23 de agosto del 2005, por lo que el alegato de la demandada de que la prima fue pagada después de ocurrido el siniestro y que en vista de ello ésta no tiene obligación de pago del siniestro ya que la cobertura estaba suspendida por falta de pago de la prima, no tiene validez y Así (sic) expresamente se decide...”.

Como puede apreciarse del razonamiento del juzgador de última instancia, la declaratoria de procedencia de la pretensión subsidiaria se basa no solamente en la fecha de pago de la prima -23 de agosto de 2004- sino en la renovación de las pólizas efectuadas en distintas oportunidades por los contratantes, siendo que el período de vigencia de cada una sería de un año; más sin embargo, de acuerdo a la cláusula primera de la póliza de incendio los riesgos comenzarían a correr por cuenta de la empresa aseguradora desde el momento en que el asegurado pague la prima convenida.

La Sala observa que el juez de la recurrida determinó que la relación contractual entre las partes comenzó con la adquisición de la primera póliza vigente desde al 12 de julio de 2001, la cual venía prorrogándose consecutivamente, siendo que, la asunción de los riesgos por parte de la aseguradora comenzaba a partir del momento en que el asegurado pagara la prima acordada, lo cual se comprobaría a través de un recibo impreso.

El artículo 51 de la Ley del contrato de seguro denunciado como infringido, establece parcialmente lo siguiente:

“Artículo 51. La duración del contrato será estipulada por las partes, y no podrá exceder de diez (10) años.

Si el contrato no estipulare duración, el mismo se entenderá celebrado por un (1) año.

Salvo pacto en contrario, el contrato se prorrogará tácitamente una o más veces, incluso por cláusulas convencionales, pero cada prórroga tácita no podrá exceder de un (1) año. Queda entendido que la renovación no implica un nuevo contrato, sino prórroga del anterior”.

La norma que precede dispone efectivamente que la duración del contrato será estipulada por las partes, el cual no podrá exceder de diez años; señalando de igual forma que salvo pacto en contrario, el contrato se prorrogará tácitamente una o más veces,(...).

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.000628.

FECHA: 29 de octubre de 2013.

PARTES: Panadería y Pastelería Happy Pan, C.A., contra Seguros Nuevo Mundo S.A.

.....
**TEMA: SINIESTROS AMPARADOS EN LAS PÓLIZAS
DEBEN SER INDEMNIZADOS SIN NECESIDAD DE
RECONOCIMIENTO DE LA AUTORIDAD JUDICIAL Y
POLÍTICA**

Máxima: la Sala observó que la Juez Superior, seña-

la que: “... nuestro máximo Tribunal, (...) no emitió pronunciamiento alguno en cuanto a si hubo o no insubordinación, insurrección militar y usurpación de poder civil, en las fechas del 11 al 15 de abril de 2002...”, (...) “...por lo que en este sentido es necesario precisar que no existe pues, una determinación sobre los hechos ocurridos entre las fechas antes mencionadas, que hayan sido reconocidos por alguna autoridad jurisdiccional y política...”, y concluir en que, “...el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, (...), se encontraba en pleno ejercicio de sus funciones como máximo representante del Ejecutivo Nacional, para el momento en que ocurrió el siniestro, que lo fue el 14 de abril de 2002...”; (...) En este sentido, si el recurrente no comparte el criterio a través del cual la Juez Superior fundamentó su imposibilidad de proceder a calificar los hechos narrados por la accionada, (...) otra debió ser su denuncia, pues acertada o no la Sentenciadora de Alzada expresó la motivación –bien escasa o exigua– por la cual no podía calificar los hechos narrados por la demandada.

EXTRACTO:

Para decidir la Sala, observa:

El recurrente delata la supuesta inmotivación por parte de la recurrida, al no expresar los motivos por los cuales no estableció la presunta “insurrección militar”, “insubordinación” o “usurpación del poder civil”, que conllevaría la aplicación del aparte 2.3.5 Exclusiones de la Cláusula Motín, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos.

En relación con el vicio de inmotivación, la Sala, en decisión N° 231 de 30 de abril de 2002, juicio Nory Raquel Quiñonez y otros contra Instituto

Autónomo de Policía del Estado Yaracuy y otro, expediente N° 01-180, ratificada en fallo N° 476 de 26 de mayo de 2004, juicio Avilio José Trujillo contra Inversiones El Rolito, C.A., expediente N° 2002-000099, dejó establecido lo siguiente:

“...El propósito de la motivación del fallo es, además de llevar al ánimo de las partes la justicia de lo decidido, permitir el control de la legalidad, en caso de error.

Sobre este particular, la Sala ha señalado en reiteradas decisiones, entre otras, en sentencia N° 83 del 23 de marzo de 1992, lo siguiente:

“La motivación debe estar constituida por las razones de hecho y de derecho que dan los Jueces como fundamento del dispositivo. Las primeras están formadas por el establecimiento de los hechos con ajustamiento a las pruebas que las demuestran; y las segundas, la aplicación a éstos de los preceptos y los principios doctrinarios atinentes. Para la Sala en constante y pacífica doctrina, por lo menos a partir de 1906, el vicio de inmotivación en el fallo, consiste en la falta absoluta de fundamentos y no cuando los mismos son escasos o exiguos con lo cual no debe confundirse. También ha sostenido la Sala en repetidas ocasiones que la falta absoluta de motivos puede asumir varias modalidades: a) Que la sentencia no presente materialmente ningún razonamiento. b) Que las razones dadas por el sentenciador no guarden relación alguna con la acción o la excepción y deben tenerse por inexistentes jurídicamente. c) Que los motivos se destruyan los unos a los otros por contradicciones graves e irreconciliables y, d) Que todos los motivos sean falsos’.

(Negritas de la Sala).

Ahora bien, de la transcripción parcial del texto de la recurrida, la Sala observa que la Sentenciadora de Alzada textualmente expresa, “De una simple verificación de las sentencias dictadas por nuestro máximo Tribunal, se puede constatar que el mismo, no emitió pronunciamiento alguno en cuanto a si hubo o no insubordinación, insurrección militar y usur-

pación de poder civil, en las fechas del 11 al 15 de abril de 2002”, para luego establecer que, “por lo que en este sentido es necesario precisar que no existe pues, una determinación sobre los hechos ocurridos entre las fechas antes mencionadas, que hayan sido reconocidos por alguna autoridad jurisdiccional y política”, y concluir en que, “el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, comandante HUGO RAFAEL CHÁVEZ FRÍAS, se encontraba en pleno ejercicio de sus funciones como máximo representante del Ejecutivo Nacional, para el momento en que ocurrió el siniestro, que lo fue el 14 de abril de 2002”; con lo cual, expresa aun cuando fuese de manera escasa o exigua- los motivos por los cuales no procedió a calificar los hechos expuestos por la demandada.

En este sentido, si el recurrente no comparte el criterio a través del cual la Juez Superior fundamentó su imposibilidad de proceder a calificar los hechos narrados por la accionada, por considerar que “no existe pues, una determinación sobre los hechos ocurridos entre las fechas antes mencionadas, que hayan sido reconocidos por alguna autoridad jurisdiccional y política”, otra debió ser su denuncia, pues acertada o no la Sentenciadora de Alzada expresó la motivación bien escasa o exigua- por la cual no podía calificar los hechos narrados por la demandada.

Por todo lo antes expuesto, concluye esta Sala de Casación Civil, que la Juez Superior no infringió el artículo 243, ordinal 4º del Código de Procedimiento Civil, ni incurrió en el vicio de inmotivación, debido a que expresó los motivos por los cuales no procedía a calificar los hechos narrados por la accionada, razón suficiente para desestimar la presente denuncia. Así se decide.

.....

**TEMA: PRUEBAS PARA LA EXCLUSIÓN DE LA
CLÁUSULA MOTÍN, DISTURBIOS LABORALES
Y DAÑOS MALICIOSOS POR SAQUEOS EN EL
CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: la parte demandada reconoce la existencia del siniestro ocurrido el 14 de abril de 2002, por lo que no existen dudas de tal circunstancia; adicionalmente, no logró demostrar la eximente de responsabilidad, por tal motivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 1167 del Código Civil, le correspondía a la aseguradora dar cumplimiento a la póliza de seguro vigente, emitida por SEGUROS NUEVO MUNDO, S.A., con respecto al siniestro plenamente identificado en autos.

Máxima: los disturbios populares generaron la sustracción y destrucción de todos los bienes propiedad de las empresas aseguradas. Cuando el Juez Superior señala que los bienes fueron destruidos en su totalidad, no queda duda que solo puede conducir al pago total de la cobertura de la póliza.

EXTRACTO:

Para decidir la Sala, observa:

En la presente denuncia el recurrente delata la supuesta inmotivación por parte de la Juez Superior al no señalar las razones o fundamentos que la llevaron a establecer el monto de la indemnización que se ordena indexar a la accionada.

De la transcripción ut supra de la recurrida, la Sala observa que la Juez Superior, señala que, “logró probar la existencia del siniestro ocurrido 14 de abril de 2002, donde un grupo de personas mediante disturbios populares sustrajeron y destruyeron todos los bienes propiedad de las empresas”; luego expone que, “aunado al hecho de que la parte demandada reconoce expresamente en su escrito de contestación de la demanda, la existencia del siniestro ocurrido el 14 de abril de 2002, por lo que no existen dudas, de tal circunstancia”; para señalar que, “la parte demandada

no logró demostrar la eximente de responsabilidad, alegada por la parte accionada, pues quedó evidenciado, que el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, se encontraba ejerciendo sus funciones para el día 14 de abril de 2002” y, concluye en que, “de conformidad con lo previsto en el artículo 1167 del Código Civil, le correspondía a la parte demandada, dar cumplimiento a la póliza de seguro vigente, emitida por SEGUROS NUEVO MUNDO, S.A., con respecto al siniestro plenamente identificado en autos”.

La recurrida estableció en su parte motiva, que los disturbios populares generaron la sustracción y destrucción de todos los bienes propiedad de las empresas aseguradas. Cuando el Juez Superior señala que los bienes fueron destruidos en su totalidad, no queda duda que solo puede conducir al pago total de la cobertura de la póliza, como en efecto ocurrió.

Cabe destacar que el motivo o fundamento por medio del cual la Juez Superior declaró con lugar la demanda, fue precisamente el hecho de que la demandada no probó causas que la eximieran del cumplimiento de los contratos de seguro cuyo pago se exige en el presente asunto; por lo que, ante lo petitionado por la accionante y la ausencia de pruebas que eximieran del pago demandado a la accionada, la Sentenciadora de alzada declaró con lugar la demanda y condenó a la demandada al pago de las cantidades de dinero reclamadas y, que además, constituyen las sumas aseguradas en las respectivas pólizas de seguro.

Por todo lo antes expuesto, concluye esta Sala de Casación Civil, que la Juez Superior no infringió el artículo 243, ordinal 4° del Código de Procedimiento Civil, ni incurrió en el vicio de inmotivación, debido a que el fundamento de la declaratoria con lugar de la demanda, lo fue precisamente al establecer que fueron sustraídos y destruidos todos los bienes propiedad de las empresas aseguradas, así como la falta de elementos probatorios que determinaran la existencia de causales que eximieran a la demandada del pago de la indemnización, generando el pago de las sumas aseguradas en cada una de las pólizas, razón suficiente para desestimar la

presente denuncia. Así se decide.

DENUNCIAS POR INFRACCIÓN DE LEY ÚNICA

Al amparo del ordinal 2º) del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, se denuncia la infracción del artículo 37 de la Ley del Contrato de Seguro, por falta de aplicación.

Se fundamenta la denuncia de la siguiente manera:

“...Tal como hemos explicado, en el presente juicio la compañía demandante PANADERIA (Sic) Y PASTELERIA (Sic) HAPPY PAN, C.A., en su condición de beneficiaria de cinco (5) contratos de seguros, pretende que le sean resarcidos los daños y perjuicios que supuestamente habrían sufrido los establecimientos asegurados en virtud de esos contratos, los cuales fueron saqueados en la madrugada del día 14 de abril de 2002, valga decir, mientras se sucedían los acontecimientos relacionados con el golpe de estado que tuvieron lugar en nuestro país durante los días 11 al 15 de abril de 2002.

Dichos saqueos, como es evidente y notorio, fueron consecuencia directa, o al menos indirecta, de los turbulentos sucesos que atravesó el país durante esos días, en los que se produjo una insurrección militar o insubordinación contra el Presidente Hugo Chávez Frías, y la consecuente usurpación de poder civil por parte del señor PEDRO CARMONA ESTANGA, quien asumió de facto la Presidencia de la República y en acto público disolvió los poderes constituidos, todo lo cual, por su publicidad y repercusión a nivel político, produjo un relajamiento temporal y a nivel nacional de la autoridad pública.

Aquí hay que tener en cuenta que, desde el propio libelo de demanda, la actora pretendió sostener que los saqueos sufridos por las compañías aseguradas tuvieron un carácter meramente ocasional, y

que ninguna relación tenían con los sucesos políticos antes narrados que se estaban desarrollando, pues según su tesis: “Es de lógica que cualquier levantamiento con fines de derrocar al Gobierno se haga dentro y en las mediaciones- del Palacio de Miraflores, no en la Parroquia Catia, donde están los negocios saqueados”; y que como los anotados saqueos no estaban dirigidos al derrocamiento del Presidente de la República, se trataría de riesgos cubiertos por las pólizas.

Precisamente en atención a esas circunstancias, al momento de contestar la demanda nuestra patrocinada expresamente alegó como segunda defensa principal, con fundamento en el artículo 37 de la Ley del Contrato de Seguros, que en el presente caso las causas que dieron lugar al siniestro de saqueos perpetrados el día 14 de abril de 2002, constituyen motivo de exclusión de responsabilidad de la compañía aseguradora de acuerdo al aparte “2.3.5 Exclusiones de la Cláusula Motín, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos contenida en las pólizas precisamente porque durante los días 11 al 15 de abril de 2002 se produjo en nuestro país una ruptura momentánea del orden político y social, que podía catalogarse como una insurrección militar, una insubordinación, o una usurpación del poder civil, por demás notorios y comunicacionales, que argumentaron sustancialmente la incidencia del riesgo asumido por la aseguradora, quedando ésta eximida de su obligación de indemnizar.

Ahora bien, nosotros totalmente convencidos que las infracciones cometidas por la recurrida en torno a este aspecto medular de la controversia, deben ser combatidas por conducto del recurso de casación por defecto de actividad, pues lo cierto es que precisamente, la Juez Superior omitió realizar el necesario e ineludible análisis fáctico y jurídico que la llevara a concluir que nuestra mandante estaba obligada a indemnizar a la parte actora.

Sin embargo, dada la ambigua redacción de la recurrida, extremando nuestros deberes como litigantes, nos vemos obligados a formular el presente cargo por infracción de Ley para combatir,

precisamente, la arbitraria conclusión del sentenciador según la cual, no procede la causa de exclusión de responsabilidad alegada porque, implícitamente, debe entenderse que los hechos acaecidos en nuestro país durante los días 11 al 15 de abril de 2002 no pueden catalogarse como insurrección militar, insubordinación, ni usurpación del poder civil, conclusión que se encuentra plasmada en el siguiente pasaje del fallo:

(Omissis)

Como se observa, cuando la recurrida indica que “el saqueo ocurrido sobre bienes de la parte demandante, fueron rechazados por la parte demandada, por supuesta situación de insubordinación, insurrección militar y usurpación del poder civil, ocurrieron en fecha 14 de abril de 2002, cuando el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela estaba ejerciendo plenamente su cargo, por lo tanto, el siniestro objeto de análisis, se encuentra amparado por la cobertura derivada de la cláusula de motín, disturbios laborales y daños maliciosos”, implícitamente está significando que las circunstancias acaecidas durante los días 11 al 15 de abril de 2002, no podían subsumirse en las cláusula de exclusión alegadas con fundamento en el particular 2.3.5 Exclusiones de las pólizas de seguro suscritas...” (Mayúsculas, subrayado y cursivas del recurrente).

Respecto de lo delatado, la recurrida hizo el siguiente pronunciamiento:

“En este sentido, la existencia o ruptura del orden político y social de la República Bolivariana de Venezuela para el 14 de abril de 2002, fecha en la cual se da la sucesión de los hechos que dieron origen al reclamo de la indemnización en el presente asunto, así como el rechazo por parte de la asegurado, es un hecho que fue objeto de estudio por el Tribunal Supremo de Justicia en sentencia dictada en Sala Plena, en fecha 14 de agosto de 2002, determinó, en principio lo siguiente:

En virtud de las consideración expuestas, el Tribunal Supremo de Justicia, en Sala Plena Accidental, administrando Justicia en nombre de la República Bolivariana de Venezuela y por autoridad de la Ley, de acuerdo con el numeral 3 del artículo 266 de la Constitución Nacional, (...), 1) Declara que NO HAY MERITO PARA EL ENJUICIAMIENTO de los ciudadanos (...) 2) Decreta el SOBRESEIMIENTO según el artículo 378 del Código Orgánico Procesal Penal; y 3) como consecuencia de lo anterior se ordena la suspensión de las medidas de cautela decretadas en esta causa.

Asimismo, mediante sentencia de fecha 11 de marzo de 2005, la Sala Constitucional, con ponencia del Magistrado FRANCISCO ANTONIO LOPEZ CARRASQUERO, se expresó lo siguiente:

Por las razones antes expuestas, esta Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, administrando Justicia en nombre de la República Bolivariana de Venezuela y por autoridad de la Ley declara : 1) CON LUGAR la solicitud de revisión interpuesta por el Fiscal General de la República (...); 2) ANULA la sentencia dictada en fecha 14 de agosto de 2002 por la Sala Plena Accidental del Tribunal Supremo de Justicia, (...); 3) INOFICIOSO un nuevo pronunciamiento con relación a la solicitud de mérito para el enjuiciamiento interpuesta por el Ministerio Público (...).

De una simple verificación de las sentencias dictadas por nuestro máximo Tribunal, se puede constatar que el mismo, no emitió pronunciamiento alguno en cuanto a si hubo o no insubordinación, insurrección militar y usurpación de poder civil, en las fechas del 11 al 15 de abril de 2002, fechas éstas entre las cuales se encuentra la del 14 de abril de 2002, y en la cual se sucedieron los hechos que dieron origen a la reclamación de las indemnización en virtud de las pólizas de seguros suscritas entre las partes intervinientes en el presente proceso, por lo que en este sentido es necesario precisar que no existe pues, una determinación sobre los hechos ocurridos entre las fechas antes mencionadas, que hayan sido reconocidos por alguna autoridad jurisdiccional y política, de lo cual se puede

concluir, que el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, comandante HUGO RAFAEL CHÁVEZ FRÍAS, se encontraba en pleno ejercicio de sus funciones como máximo representante del Ejecutivo Nacional, para el momento en que ocurrió el siniestro, que lo fue el 14 de abril de 2002”. (Negritas de la Sala).

Para decidir, la Sala observa:

En la presente denuncia el recurrente plantea la supuesta infracción del artículo 37 de la Ley del Contrato de Seguro, debido a que el Juez Superior no estableció la existencia de una insurrección militar, insubordinación o usurpación del poder civil durante los días del 11 al 15 de abril de 2002. En este orden de ideas, de la transcripción parcial de la recurrida, la Sala observa que la Juez Superior en el texto mismo de la recurrida, señala que, “De una simple verificación de las sentencias dictadas por nuestro máximo Tribunal, se puede constatar que el mismo, no emitió pronunciamiento alguno en cuanto a si hubo o no insubordinación, insurrección militar y usurpación de poder civil, en las fechas del 11 al 15 de abril de 2002”.

En este sentido, el referido artículo 37 de la Ley del Contrato de Seguro, señala que, “El tomador, el asegurado o el beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza, pero la empresa de seguros puede probar que existen circunstancias que según el contrato de seguro o la ley la exoneran de responsabilidad”; más, del texto mismo de la recurrida se observa que la Sentenciadora de alzada, determinó que, “Resulta oportuno destacar, que la parte demandada no logró demostrar la eximente de responsabilidad, alegada por la parte accionada, pues quedó evidenciado, que el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, se encontrada ejerciendo sus funciones para el día 14 de abril de 2002”.

Tal como claramente se desprende, tanto del texto de la denuncia como el de la recurrida, la demandada solicita la aplicación del artículo delatado como infringido por falta de aplicación; pero, la Juez Superior establece

primero, la falta de pronunciamiento por parte de las Salas Plena Accidental y Constitucional de este Tribunal Supremo de Justicia, en relación con la calificación de los hechos acaecidos durante los días del 11 al 15 de abril de 2002 y, segundo, la falta de material probatorio por parte de la accionada para demostrar la eximente de responsabilidad, conllevó a la determinación de la existencia del contrato de seguro y de los siniestros, por lo que inexorablemente debe concluirse en la obligación de la demandada de indemnizar los daños cubiertos por las pólizas.

El formalizante pretende un pronunciamiento de esta Sala de Casación Civil en un aspecto de Estado, sobre el cual carece de competencia, pues correspondió a la Sala Plena Accidental en su decisión del 14 de agosto de 2002, y luego a la Sala Constitucional el 11 de marzo de 2005, al conocer de la revisión de aquélla, analizar tales hechos y hacer los pronunciamientos pertinentes. No le es dable a esta Suprema Jurisdicción Civil, emitir pronunciamiento en un caso entre particulares, sobre un asunto con trascendencia Estatal y Constitucional.

Por todo lo antes expuesto, la Sala concluye que la Juez Superior no infringió por falta de aplicación del artículo 37 de la Ley del Contrato de Seguro, razón suficiente para que esta Suprema Jurisdicción Civil determine la improcedencia de esta única denuncia por infracción de ley delatada, lo que conlleva vista las desestimadas precedentemente por defecto de actividad, a la declaratoria sin lugar del presente recurso de casación, tal como se hará de manera expresa, positiva y precisa en el dispositivo del presente fallo. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo.

SENTENCIA: 2013-2300.

FECHA: 04 de noviembre de 2013.

PARTES: Administradora de Planes de Salud Clínicas RESCARVEN C.A., contra Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU).

.....
TEMA: PRESUNCIÓN DE INOCENCIA Y LA CARGA DE LA PRUEBA

Máxima: se entiende por presunción de inocencia, aquel derecho que tiene toda persona de ser considerada inocente mientras no se pruebe lo contrario. Asimismo, cabe destacar que éste derecho forma parte de los principios y garantías que son inherentes al debido proceso, consagrado en el artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el cual exige en consecuencia, que tanto los Órganos Judiciales, como los de naturaleza administrativa deban ajustar sus actuaciones a lo largo de todo el procedimiento de que se trate, de tal modo que ponga de manifiesto el acatamiento o respeto del mismo.

Máxima: la carga de la prueba sobre los hechos constitutivos de las pretensiones sancionadoras de la Administración, recae exclusivamente sobre ésta, y sólo puede entenderse como prueba la practicada durante un procedimiento, bajo la intermediación del órgano decisor y la observancia del principio de contradicción. De manera que la violación al aludido derecho se produciría cuando del acto de que se trate se desprenda una conducta que juzgue o precalifique como “culpable” al investigado, sin que tal conclusión haya sido precedida del debido procedimiento, en el cual se le permita al particular la oportunidad de desvirtuar los hechos imputados.

Máxima: la simple afirmación unilateral no resulta suficiente para que un hecho se dé por cierto (salvo que

se produzca por confesión), no obstante, si las partes son coincidentes en la afirmación de aquél, se convierte en un hecho no controvertido y por lo tanto exento de prueba.

EXTRACTO:

El referido acto administrativo, hoy recurrido, surgió del procedimiento llevado a cabo en Sede Administrativa iniciado Mediante denuncia interpuesta por la ciudadana Elena María Rengifo ante el Instituto recurrido, contra la sociedad mercantil Administradora de Planes de Salud Clínicas Rescarven, C.A., en virtud del contrato de servicio de salud suscrito por la referida ciudadana con dicha empresa y por cuanto -a su decir- al solicitar el reembolso de exámenes realizados en otra clínica, Rescarven se negó.

Alegó la parte recurrente, que el acto administrativo impugnado le transgredió el derecho a la presunción de inocencia previsto en el numeral 2 del artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, ya que se le sancionó sin haberse motivado la multa impuesta, “[...] y sin haber demostrado que RESCARVEN cometió, supuestamente, actos contrarios a derecho [...] no se evidencia en la Resolución Recurrída, la valoración de algún medio de prueba que le hubiere permitido demostrar el supuesto incumplimiento en el que incurrió [su] representada”. [Mayúsculas y negrillas del original]. [Corchetes de esta Corte].

De igual modo, manifestaron que “En la Resolución Recurrída existe una violación directa al derecho a la presunción de inocencia, toda vez que el INDECU invirtió la carga de la prueba y no valoró las disposiciones contenidas en el contrato y su anexo, de los cuales se desprende el proceder ajustado a derecho de Clínicas RESCARVEN [...]”. [Mayúsculas y negrillas del original].

Por su parte, la representación del Ministerio Público expresó, que “[...] en el caso de autos la administración [sic] decidió sancionar a RESCARVEN

basándose exclusivamente en la denuncia formulada por la ciudadana ELENA RENGIFO, y sin valorar elemento de prueba alguno que demostrara su culpabilidad en los hechos denunciados, prejuzgando de esta forma sobre la culpabilidad de la empresa prestadora del servicio de salud, sin valorar los alegatos y pruebas aportados por RESCARVEN en su defensa, violando con ello el principio de presunción de inocencia y el derecho a la defensa de la empresa recurrente”. [Mayúsculas del original].

Delimitado el ámbito de la denuncia bajo análisis, estima conveniente este Órgano Jurisdiccional señalar, que se entiende por presunción de inocencia, aquel derecho que tiene toda persona de ser considerada inocente mientras no se pruebe lo contrario. Asimismo, cabe destacar que éste derecho, forma parte de los principios y garantías que son inherentes al debido proceso, consagrado en el artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el cual exige en consecuencia, que tanto los Órganos Judiciales, como los de naturaleza administrativa deban ajustar sus actuaciones a lo largo de todo el procedimiento de que se trate, de tal modo que ponga de manifiesto el acatamiento o respeto del mismo. (Vid. Sentencia número 2012-0561 dictada por esta Corte el 9 de abril de 2012, caso: Administradora de Planes de Salud Clínicas Rescarven C.A. contra el Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario).

En efecto, el derecho a la presunción de inocencia, abarca tanto lo relativo a la prueba y a la carga probatoria, como lo concerniente al tratamiento general dirigido al imputado a lo largo del procedimiento. De tal manera, la carga de la prueba sobre los hechos constitutivos de las pretensiones sancionadoras de la Administración, recae exclusivamente sobre ésta, y sólo puede entenderse como prueba la practicada durante un procedimiento, bajo la intermediación del órgano decisor y la observancia del principio de contradicción. De manera que la violación al aludido derecho se produciría cuando del acto de que se trate se desprenda una conducta que juzgue o precalifique como “culpable” al investigado, sin que tal conclusión haya sido precedida del debido procedimiento, en el cual se le

permita al particular la oportunidad de desvirtuar los hechos imputados. (Vid. Sentencia número 2010-1083 dictada por esta Corte en fecha 2 de agosto de 2010, Caso: Banco de Mercantil).

Ahora bien, es constante la doctrina vigente que exige, que para destruir la presunción de inocencia debe darse cabida a una actividad probatoria suficiente, que acreditada adecuadamente (no en meras conjeturas o sospechas) pueda deducirse motivadamente de ella el hecho o los hechos que desvirtúen la presunción.

Es así, como la iniciación del procedimiento debe hacerse de tal manera que al investigado se le permita, en la siguiente fase del proceso, desvirtuar los hechos de los que presuntamente es responsable; motivo por el cual la Administración, a través de medios de prueba concretos, pertinentes y legales, atendiendo a las razones y defensas expuestas por el indiciado, deberá determinar, definitivamente, sin ningún tipo de duda, la culpabilidad del indiciado, declarar su responsabilidad y aplicar las sanciones consagradas expresamente en leyes, de manera proporcional. (Vid. Sentencia número 2010-1083 dictada por esta Corte en fecha 2 de agosto de 2010, Caso: Banco de Mercantil).

Visto lo antes expuesto, debe este Órgano Jurisdiccional señalar, que el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) -hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS)-, puede iniciar procedimientos de oficio o a instancia de parte (como el tramitado en el caso de autos), en los cuales la carga de la prueba corresponde a éstas, quienes facultativamente están en libertad de aportarlas o no, so pena de que la decisión sea adversa a aquélla que estaba en mejores condiciones de probar y, en consecuencia debía suministrar los elementos de convicción necesarios para evitarse consecuencias desfavorables. (Vid. sentencia N° 00314 de la Sala Política Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia, de fecha 22 de febrero de 2007, y sentencia de esta Corte número 2012-0561 del 9 de abril de 2012, caso: Administradora de Planes de Salud Clínicas Rescarven C.A. contra

el Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario).

Por otro lado, es menester señalar además, que la simple afirmación unilateral no resulta suficiente para que un hecho se dé por cierto (salvo que se produzca por confesión), no obstante, si las partes son coincidentes en la afirmación de aquél, se convierte en un hecho no controvertido y por lo tanto exento de prueba.

Ello así, advierte esta Corte, que riela a los folios cuarenta y dos (42) al cuarenta y cinco (45) del presente expediente, copia simple de decisión de fecha 24 de octubre de 2007, a través de la cual el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) -hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS)- señaló lo siguiente:

“[...] Ahora bien, en cuanto a los alegatos esgrimidos por el recurrente en el Recurso Jerárquico, éste Consejo Directivo del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), una vez revisados [sic] y analizados [sic] el contenido del correspondiente expediente, declara su competencia para conocer del mismo conforme a lo dispuesto en el artículo 151 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, y por cuanto como se ha señalado anteriormente, los fundamentos del Recurso Jerárquico son análogos a los alegados en el recurso de reconsideración declarado sin lugar por el ente, siendo criterio nuestro, considerar y mantener objetivamente que el Instituto no le conculco [sic] al administrado ninguno de los derechos constitucionales y legales citados por este y que bajo la potestad administrativa que tiene el INDECU como Institución encargada de la defensa de los derechos e intereses de los consumidores y usuarios, quien desarrolla una actividad de policía administrativa en materia económica para garantizar su seguridad jurídica, le correspondió adecuadamente conocer, sustanciar y decidir en los términos expresados en la decisión recurrida, sin menoscabarse derecho alguno. De igual forma, se ratifican los fundamentos de hecho y de derecho esgrimidos por el

Instituto, tanto del acto administrativo sancionatorio de fecha diez y siete [sic] (17) de abril de 2006, como de aquel que declaro [sic] sin lugar el recurso de reconsideración.

En el caso de autos, igualmente se observa claramente que la decisión contra la cual se ha ejercido el Recurso Jerárquico, además de estar esta [sic] ajustada a derecho en lo atinente al debido proceso y por ende a los derechos a la defensa y a ser oído, se aprecia de autos que ha quedado demostrada la transgresión al artículo 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario por haber incurrido en la conducta tipificada como supuesto de hecho respecto al artículo anteriormente nombrados de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, al haberse valorado y estimado las pruebas contentivas en autos.

En tal sentido, consideramos que en aras de preservar los derechos de los consumidores y usuarios, el INDECU actuó con suficiente [sic] razones y motivos para hacer uso conforme a la ley de la potestad administrativa que tiene y de los mecanismos pertinentes que dieron lugar al procedimiento administrativo correspondiente, para la aplicación del acto administrativo sancionatorio de fecha diez y siete [sic] (17) de abril de 2006 contra ADMINISTRADORA DE PLANES DE SALUD CLINICAS [sic] RESCARVEN C.A.". [Mayúsculas y negrillas del original].

.....

**TEMA: REEMBOLSO EN LA CLÁUSULA DE LOS
CONTRATOS DE SEGURO**

Máxima: la figura del reembolso no se aplica, ya que la usuaria no asistió a la consulta que le fue indicada, aun cuando el contrato suscrito claramente establece en la Cláusula Primera que el servicio de plan de salud constituía -entre otras cosas- "[...] Tratamientos ambulatorios bajo el Procedimiento Electivo que no requieran hospitalización, practicados al USUARIO exclusivamente en

CLÍNICAS RESCARVEN y por los médicos contratados por ADMINISTRADORA CLÍNICAS RESCARVEN, que el USUARIO seleccione entre el Listado que se le entrega al efecto”.

EXTRACTO:

Aprueba esta Corte, que a pesar que en la historia clínica de emergencia efectuada en fecha 1 de abril de 2005, por Clínicas Rescarven, se refirió a la paciente María Alejandra Rengifo a consulta externa a los fines de realizar un estudio detallado de la sintomatología presentada, la misma decidió asistir a otras clínicas y realizarse estudios que no fueron indicados por el médico de Administradora de Planes de Salud y Clínicas Rescarven, C.A., pretendiendo que la recurrente cubriera los gastos producidos con ocasión a tales exámenes médicos, siendo que no asistió a la consulta que le fue indicada el día 1 de abril de 2005, aun cuando el contrato suscrito por la ciudadana Elena Marín Rengifo y la referida sociedad mercantil, claramente establece en la Cláusula Primera que el servicio de plan de salud constituía -entre otras cosas- “[...] Tratamientos ambulatorios bajo el Procedimiento Electivo que no requieran hospitalización, practicados al USUARIO exclusivamente en CLÍNICAS RESCARVEN y por los médicos contratados por ADMINISTRADORA CLÍNICAS RESCARVEN, que el USUARIO seleccione entre el Listado que se le entrega al efecto [...]”. [Mayúsculas y resaltado del original]. [Subrayado de esta Corte].

Aunado a lo anterior, el aludido contrato establece en el Parágrafo Primero de la Cláusula Primera que “[...] cuando el USUARIO requiera la prestación del SERVICIO MÉDICO-ASISTENCIAL con carácter de EMERGENCIA que pudiera ser atendido en CLÍNICAS RESCARVEN, pero por causa de fuerza mayor comprobable, le fuere imposible acudir a CLÍNICA RESCARVEN, el Usuario podrá acudir a cualesquiera centros de salud con los que ADMINISTRADORA CLÍNICAS RESCARVEN haya convenido la atención de emergencias”, casos en los cuales “[...] el USUARIO deberá notificar a ADMINISTRADORA CLÍNICAS RESCARVEN su ingreso al centro de salud

dentro de la veinticuatro (24) horas siguientes y procurará ser trasladado a CLÍNICAS RESCARVEN a la brevedad posible [...]”.lo cual no ocurrió en el caso de autos, ya que la usuaria asistió a las clínicas de su preferencia y se practicó exámenes, sin constatarse la causa de fuerza mayor comprobable por la que no asistió a la emergencia de Clínicas Rescarven, y sin haber notificado a la misma. [Mayúsculas y resaltado del original]. [Subrayado de esta Corte].

En razón de lo antes expuesto, se evidencia, que efectivamente tal y como lo señaló la parte recurrente en su escrito libelar, el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) -hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS)-, en ningún momento logró comprobar que la Sociedad Mercantil Administradora de Planes de Salud Clínicas Rescarven, C.A., efectivamente dejara de cumplir con sus obligaciones contractuales, ni mucho menos se observa, que dicho órgano administrativo haya realizado una valoración del contrato suscrito entre la parte recurrente y la ciudadana Elena Marín Rengifo, además de no haber consignado el expediente administrativo a pesar que fue solicitado en varias oportunidades por esta Corte, razón por la cual -al igual que lo consideró el Ministerio Público-, se constata que efectivamente la parte recurrida, violentó el derecho de presunción de inocencia de la parte recurrente. (Vid. Sentencia número 2012-0561 dictada por esta Corte el 9 de abril de 2012, caso: Administradora de Planes de Salud y Clínicas Rescarven). Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil .

SENTENCIA: RC.000360.

FECHA:10 de diciembre de 2013.

PARTES: Inversiones Seychelles, C.A. y otra contra Zurich Seguros, S.A.

.....

TEMA: VALIDEZ DE LOS CONTRATOS DE SEGURO

Máxima: las aseguradas no cumplieron con lo previsto en el contrato en lo referente a la entrega de los documentos pertinentes para la determinación de las pérdidas; asimismo, las pólizas y sus anexos deben contener la firma del tomador y de la empresa de seguros e indicar la póliza a la que pertenecen para que puedan considerarse válidos, concluyendo que las obligaciones de las partes en el precitado contrato de seguro solo está sujeto a los derechos y obligaciones contenidos en el cuadro-recibo y en la ley.

EXTRACTO:

Con fundamento en el ordinal 1° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, en la que se acusa la infracción por la recurrida de los artículos 12 y 243 ordinal 5° eiusdem, al incurrir en el vicio de incongruencia negativa.

El formalizante fundamentó su denuncia en lo siguiente:

“Ahora bien, en el escrito de contestación de la demanda la representación judicial de la parte demandada ZURICH SEGUROS S.A. alegó:

“(…) en el renglón edificación de conformidad a cláusula 12 de las Condiciones Particulares de la Póliza, nuestra representada estaba obligada a hacer la indemnización sólo después de haber sido completadas las reparaciones, por lo que constando en la carta que los actores denominan rechazo parcial, que en la misma se le otorgó al actor un plazo de 12 meses a partir de la fecha del siniestro, para que procediera a realizar las reparaciones, y quedando demostrado con la inspección judicial practicada por el asegurado como parte del retardo perjudicial que forma parte del expediente AH12 V 2008 000282, cursante ante este mismo Tribunal, que [la] obliga-

ción de reparación NUNCA fue completada por lo que de acuerdo con el contrato de seguros, debemos concluir que el asegurado como consecuencia de la inobservancia de dar cumplimiento a dicha carga legal, dejó caducar tales derechos, y en consecuencia mal pudiera ser obligada mi representada a indemnizar unas obras no realizadas, o a cancelarlas de una manera distinta a las acordadas en el contrato, mucho menos a unos costos superiores por la falta de diligencia del actor”.

Asimismo, en el referido escrito adujo que:

“Incurren nuevamente los actores en el petitorio en una omisión que pretenden sea suplida por el Juez de la causa, como lo es, establecer a que (sic) riesgo o cobertura, debe aplicarse cada uno de los rubros demandados, puesto que de acuerdo al cuadro póliza existen varias (sic) riesgos con coberturas distintas que el actor ha debido señalar en cada caso a que (sic) cobertura o riesgo se refiere”.

Al respecto, el juez de alzada omitió el debido pronunciamiento sobre los referidos alegatos, pues solo se limitó a reproducirlos en la parte expositiva del fallo, sin decidir acerca de su procedencia. En efecto, la recurrida señala en la narrativa lo siguiente:

Como puede observarse, los alegatos efectuados por los mandatarios de la accionada en su escrito de contestación de la demanda no fueron resueltos por el juzgador de la instancia superior, quien debió decidirlos en forma expresa, positiva y precisa, apreciándolos o desechándolos, pero nunca soslayar el pronunciamiento expreso respecto a los mismos.

Esta omisión de pronunciamiento en la cual incurrió el juez de segundo grado violó el principio de exhaustividad del fallo, que le impone al juez el deber de considerar y resolver todas y cada una de las alegaciones que constituyen el problema judicial debatido entre las partes.

Al no pronunciarse el juez de alzada sobre las defensas alegadas por los apoderados judiciales de la demandada en su escrito de la contestación de la demanda, ya señaladas, infringió el ordinal 5° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil, quedando el fallo impregnado de incongruencia negativa. Aunado a ello, no decidió conforme a lo alegado en autos, violando de esta forma el artículo 12 eiusdem”.

Para decidir, la Sala observa:

Alega el formalizante que el juez de alzada incurrió en el vicio de incongruencia negativa por la infracción de los artículos 12 y 243 ordinal 5° del Código de Procedimiento Civil, con base en que no se pronunció de manera expresa, positiva y precisa sobre el alegato de la contestación de la demanda sometido a su consideración, respecto al renglón edificación la parte demandante de conformidad con el capítulo 12 de las Condiciones Particulares de la Póliza, la empresa de seguros estaba obligada a indemnizar solo después de haber sido completadas las reparaciones, y que el asegurado como consecuencia de la inobservancia de dar cumplimiento a dicha carga legal, dejó caducar tales derechos, ya que “la obligación de reparación NUNCA fue completada”.

Al respecto, el requisito de congruencia establecido en el ordinal 5° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil, estatuye que toda sentencia debe contener una “decisión expresa, positiva y precisa con arreglo a la pretensión deducida y a las excepciones o defensas opuestas, sin que en ningún caso pueda absolverse la instancia”.

De allí que, la falta de cumplimiento a las exigencias de la norma ut supra, dará lugar al vicio de incongruencia del fallo la cual se originará cada vez que el juez altera o modifica el problema judicial debatido entre las partes, bien porque no resuelve sólo sobre los hechos alegados por éstas, o bien porque no resuelve sobre todo lo alegado por los sujetos del litigio.

En atención a la disposición mencionada y conforme al principio dispositivo, estatuido en el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, en la cual enfatiza, entre otras cosas, el deber del juez de decidir conforme a lo alegado en autos, sin suplir excepciones o argumentos de hecho no formulados por las partes, todo ello en resguardo del debido proceso y la garantía del derecho de defensa, la cual propugna la sana administración de justicia y la conservación del estado de derecho y de justicia.

Precisado lo anterior, esta Sala a los fines de determinar si la recurrida cometió el vicio de incongruencia negativa, estima pertinente transcribir parte de la sentencia de alzada, en los siguientes términos:

“II.2. DE LA CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

Por su parte la representación de los demandados presentó escrito de contestación a la demanda y explanó lo siguiente:

(omissis)

Que respecto del renglón edificación, de conformidad con la cláusula 12 de las Condiciones Particulares de la Póliza, la empresa de seguro estaba obligada a hacer la indemnización sólo después de haber sido completadas las reparaciones. En tal sentido, se le otorgó al actor un plazo de doce (12) meses a partir de la fecha del siniestro, para que procediera a realizar las mismas, quedando demostrado mediante la inspección judicial practicada por el asegurado en el juicio de retardo perjudicial expediente No. Ah12-V-2008-000282, que la obligación de reparación nunca fue cumplida, por lo que de acuerdo a contrato de seguros concluyen que el asegurado dejó caducar tales derechos, y en consecuencia mal podría la empresa de seguro indemnizar unas obras no realizadas.

Que es falso que haya habido negativa de indemnizar al asegurado las pérdidas sufridas y amparadas por el contrato, que lo realmente sucedido es que el asegurado no pudo demostrar la cuantificación

de las pérdidas por la inconsistencia de los registros contables; en el caso de la maquinaria, no pudo demostrar la propiedad de las mismas y en caso de la edificación, no procedió a su reparación dentro del plazo establecido en la carta de rechazo parcial de fecha 16 de junio de 2008, que le daba un plazo de 12 meses para realizar la reparación de los daños, y como consecuencia de su incumplimiento procede a demandar por más del doble de las pérdidas que originalmente había reclamado.

Finalmente, consideran que hubo omisión de la actora de indicar a que cobertura de la póliza debe aplicarse cada uno de los renglones demandados y deficiencia en la determinación de los daños.

(omissis)

Los citados dispositivos legales de la Ley del contrato de seguros, de carácter imperativo según su artículo 2 son precisos al contemplar que las pólizas y sus anexos deben contener la firma del tomador y de la empresa de seguros además de indicar claramente la póliza a la que pertenecen para que puedan considerarse válidos y en el presente caso, al no contener los anexos presentados como condicionados generales y particulares, firma alguna de las partes ni indicar la póliza a la que pertenecen no son considerados válidos. En tal sentido, considera este juzgador que las obligaciones de las partes en el contrato de seguro contenido en la póliza No. 098-1009535-001, solo están sujetas a los derechos y obligaciones contenidos en el cuadro-recibo que cursa a los folios 18 y 19 de la pieza 1 del presente expediente y las establecidas en la ley, así se declara.

Dicho cuadro-recibo es un documento privado reconocido por ambas partes y produce prueba fehaciente de la celebración de un contrato de seguros entre Arpitex, C.A. e Inversiones Seychelles, C.A., y otras, como aseguradas y Zurich Seguros, S.A. como aseguradora; contiene una cobertura hasta la cantidad de U.S.A. \$

20.000.000,00 para el caso de incendio, desde la fecha 22-07-2007 hasta el 5-08-2007 y como dirección del riesgo, carretera Guatire Caucagua, km1, antigua hacienda El Marques, Guatire, Estado Miranda.

Tenemos entonces, que las sociedades mercantiles ARPITEX, C.A. e Inversiones Seychelles, C.A., por una parte y la sociedad mercantil ZURICH SEGUROS, S.A., por la otra, estaban unidas por un contrato de seguro, el cual está definido legalmente en el primer párrafo del artículo 5 del Decreto con rango y fuerza de Ley del Contrato de Seguro, que reza: “El Contrato de Seguro es aquel en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por una póliza”.

En consecuencia, exige la ley: a) el pago de una prima como contraprestación, pero no es un punto controvertido en la presente causa; b) la compañía aseguradora asume los riesgos del asegurado, por lo tanto, la compañía aseguradora responderá por los eventuales daños que pueda sufrir el beneficiario del contrato de seguros; c) la obligación de la aseguradora de indemnizar al asegurado por los daños que le hayan producido, por lo tanto, los daños pecuniarios sufridos por el asegurado deberán ser resarcidos por la compañía aseguradora dentro de los límites pactados en el contrato que la une con el asegurado; d) la determinación de un evento denominado siniestro para que sea procedente la indemnización.

De tal manera que se encuentran verificados en autos los extremos de ley en lo concerniente al artículo 5 del Decreto con rango y fuer-

za de Ley del Contrato de Seguro para la existencia de un contrato de seguros entre las partes y quedó probada la existencia de un siniestro consistente en un incendio ocurrido en las instalaciones aseguradas, en fecha 22 de julio 2007. Ahora, se debe comprobar el cumplimiento o no de las obligaciones asumidas por la aseguradora en el contrato de marras, esto es, indemnizar dentro de los límites contractuales, el daño producido por el incendio a las compañías aseguradas.

En tal sentido, se observa que de las excepciones opuestas por la demandada y del instrumento que la parte demandante consignó marcado "14", consistente en la comunicación emitida por la demandada en fecha 16 de junio de 2008, se desprende que la aseguradora realizó un rechazo parcial del siniestro, esto es, se evidenció una negativa de la aseguradora a indemnizar a las aseguradas por los daños sufridos en maquinarias y existencias, así como, el condicionamiento para indemnizar los daños en las edificaciones, fundamentando su negativa en que las aseguradas no cumplieron las obligaciones asumidas en los condicionados generales y particulares, que no demostraron la propiedad de las maquinarias, así como tampoco las existencias de la materia prima afectada por el siniestro; que no cumplieron con lo previsto en el contrato en lo referente a la entrega de los documentos pertinentes para la determinación de las pérdidas, que las pruebas evacuadas anticipadamente mediante la solicitud de retardo perjudicial están viciadas de nulidad porque fueron realizadas dos (2) años después de haber ocurrido el siniestro y la indemnización debe ser calculada en base al interés asegurado al momento del siniestro, que la parte actora no se opuso al nombramiento de Sideriesgos, C.A., como empresa ajustadora de pérdidas, cuyo informe debe ser apreciado, que no cumplieron con la obligación de reparar los daños de edificación en el plazo de 12 meses y que se omitió a que cobertura de la póliza debe aplicarse cada uno de los rubros demandados.

Respecto al alegato de que las aseguradas no cumplieron las obligaciones asumidas en los condicionados generales y particulares, este juzgador, ya indicó que las pólizas y sus anexos deben contener la firma del tomador y de la empresa de seguros, así como, indicar claramente la póliza a la que pertenecen para que puedan considerarse válidos y en el presente caso, al no contener los anexos presentados como condicionados generales y particulares la firma de ninguna de las partes no se consideran válidos.

En tal sentido, dadas las razones expresadas de manera precedente por este sentenciador, se reitera que las obligaciones de las partes en el contrato de seguro contenido en la póliza No. 098-1009535-001, solo está sujeto a los derechos y obligaciones contenidos en el cuadro-recibo y en la ley. Así se declara.

Respecto a la pretensión de la demandada, en solicitar que se aprecie el informe de la ajustadora, en vez de las experticias evacuadas a través de la demanda de Retardo Perjudicial, considera pertinente este juzgador advertir que la falta de oposición por parte de las aseguradas al nombramiento de un ajustador de pérdidas signifique de alguna manera la convalidación del contenido del informe que ésta emita.

Observa este jurisdicente, que las conclusiones o recomendaciones contenidas en los informes de los ajustadores de pérdidas no son vinculantes para ninguna de las personas intervinientes en un contrato de seguro, ni siquiera para las empresas aseguradoras que los contratan y menos aún para el juez sentenciador de una causa en la cual sea promovida una probanza de esta naturaleza.

(omissis)

Respecto del renglón “edificaciones”, para probar sus derechos sobre el inmueble dañado por el incendio, la parte actora trajo a los

autos un documento que se acompañó al libelo en original marcado con el No. 15, que al ser valorado en ésta sentencia se calificó como original de título de propiedad a nombre de Inversiones Seychelles, C.A. sobre un lote de terreno y la edificación industrial sobre el construida, la cual formó aparte de la Antigua Hacienda El Marqués, ubicado en jurisdicción del Municipio Guatire, Distrito Zamora del Estado Miranda, instrumento éste protocolizado ante la Oficina Subalterna de Registro del Distrito Zamora, del Estado Miranda, en fecha 23 de octubre de 1995, bajo el No. 13, Tomo 5, del Protocolo Primero. Este Juzgado le otorga pleno valor probatorio a dicho instrumento de conformidad con el artículo 1.357 del Código Civil y 429 del Código de Procedimiento Civil, en virtud de su carácter de documento público registral; además se extrae de la inspección judicial y experticia evacuadas en la demanda de Retardo Perjudicial de marras que ese inmueble quedo notoriamente dañado por el incendio y es el mismo que está cubierto por la póliza de incendio emitida por la demandada, en consecuencia, está obligada a resarcir dichos daños en el renglón “edificaciones”. Así se decide.

(omissis)

Luego, en vista de que el informe de la experticia técnica judicial arriba señalada determina con precisión la metodología utilizada, así como presenta los anexos o soportes sobre la base de los cuales se determinó el rubro relativo al renglón “edificaciones”, este sentenciador resuelve que la cantidad a indemnizar por la aseguradora por este concepto es la cantidad de SEIS MILLONES OCHENTA MIL SEISCIENTOS NUEVE BOLÍVARES (Bs. 6.080.609,00), de conformidad con lo establecido en los artículo 5 y 21.2 de la Ley del Contrato de Seguros. Así se decide”.

De la sentencia recurrida parcialmente transcrita, se constata que el juez superior se pronunció respecto a lo alegado por la parte demandada en su escrito de contestación de la demanda, referido a “el condicionamiento

para indemnizar los daños en las edificaciones, fundamentando su negativa en que las aseguradas no cumplieron las obligaciones asumidas en los condicionados generales y particulares”, estableciendo que “Respecto al alegato de que las aseguradas no cumplieron las obligaciones asumidas en los condicionados generales y particulares, este juzgador, ya indicó que las pólizas y sus anexos deben contener la firma del tomador y de la empresa de seguros, así como, indicar claramente la póliza a la que pertenecen para que puedan considerarse válidos y en el presente caso, al no contener los anexos presentados como condicionados generales y particulares la firma de ninguna de las partes no se consideran válidos”, lo cual de ninguna manera denota el vicio de incongruencia delatado.

Lo antes expuesto determina que el juzgador de alzada decidió conforme a lo alegado y probado en autos, desestimando lo alegado por la demandada respecto al renglón de edificación, pues consideró que al no contener la firma de ninguna de las partes los anexos presentados como condicionados generales y particulares de la póliza de seguros, no se consideran válidos los mismos, en consecuencia, con base en la inspección judicial y experticia evacuadas en juicio, determinó que el inmueble que-
do notoriamente dañado por el incendio y es el mismo que está cubierto por la póliza de incendio emitida por la demandada, por tanto, obligada a resarcir los daños.

Asimismo, el formalizante alegó en su denuncia que el juzgador de alzada omitió pronunciamiento respecto a que “los actores en el petitorio en una omisión que pretenden sea suplida por el Juez de la causa, como lo es, establecer a que (sic) riesgo o cobertura, debe aplicarse cada uno de los rubros demandados, puesto que de acuerdo al cuadro póliza existen varias (sic) riesgos con coberturas distintas que el actor ha debido señalar en cada caso a que (sic) cobertura o riesgo se refiere”.

De la lectura de la sentencia recurrida, esta Sala observa, que el juzgador de alzada estableció respecto a tales alegatos de la demandada, que “las aseguradas no cumplieron con lo previsto en el contrato en lo referente

a la entrega de los documentos pertinentes para la determinación de las pérdidas” y “que se omitió a que cobertura de la póliza debe aplicarse cada uno de los rubros demandados”, que las pólizas y sus anexos deben contener la firma del tomador y de la empresa de seguros e indicar la póliza a la que pertenecen para que puedan considerarse válidos, que en el caso de autos la póliza No. 098-1009535-001 y los anexos presentados como condicionados generales y particulares, no contiene la firma de ninguna de las partes por lo que no se consideran válidos tales alegatos de la demandada, concluyendo que las obligaciones de las partes en el precitado contrato de seguro solo está sujeto a los derechos y obligaciones contenidos en el cuadro-recibo y en la ley, siendo evidente que el juez de alzada emitió pronunciamiento expreso con respecto al alegato señalado por el formalizante como omitidos por la recurrida, resolviendo en consecuencia, de manera expresa, positiva y precisa sobre todo lo alegado por la actora y excepcionado por la parte demandada.

En todo caso, cabe advertir que, si lo pretendido por el formalizante es cuestionar la viabilidad o no de tal pronunciamiento, lo propio era plantear unívocamente la respectiva denuncia por error de juzgamiento o de fondo, a los fines de obtener debidamente de la Sala un pronunciamiento sobre la aplicación de las normas previstas en la Ley.

En virtud de todo lo anterior, por cuanto de la recurrida se desprende que si hubo pronunciamiento sobre los argumentos en cuestión, esta Sala declara improcedente la denuncia de infracción de los artículos 12 y 243 ordinal 5° del Código de Procedimiento Civil. Así se establece.

.....
TEMA: EXPERTICIA EN EL SEGURO (VALOR PROBATORIO)

Máxima: a los fines de la cuantificación de los daños ocasionados en el siniestro producido, se declararon legalmente válidas las experticias consignadas, dándole valor probatorio según el artículo 1.427 del Código

Civil, pues los expertos tomaron en cuenta la circunstancia de los dos (2) años de ocurrencia del siniestro, alegado por la aseguradora.

EXTRACTO:

La Sala pasa a transcribir extracto pertinente de la sentencia recurrida, a los fines de verificar lo delatado por el formalizante:

“Observa también este jurisdicente que de las copias consignadas en autos correspondientes al expediente del Retardo Perjudicial se desprende que la promoción y evacuación de las pruebas de experticias cumplieron con los requisitos de ley establecidos en el capítulo VI, del Título II, del Libro Segundo del Código de Procedimiento Civil, razones por las que se consideran legalmente válidas y así se declara.

Ahora bien, declaradas legalmente válidas dichas experticias se pasan a su valoración según el artículo 1.427 del Código Civil. En tal sentido, al descender al contenido de la experticia contable se observa que la experticia fue realizada por los expertos ANTONIO ALCALA, ABEN CERMEÑO y GORDY PALMERO LUJAN, el dictamen es de fecha 29 de septiembre de 2009, indica que el objeto fue la determinación contable de la existencia física de productos o materias primas, al momento de la ocurrencia del siniestro y sobre el trabajo realizado y sus conclusiones, se lee:

(omissis)

Luego, en vista de que el informe de la experticia técnica judicial arriba señalada determina con precisión la metodología utilizada, así como presenta los anexos o soportes sobre la base de los cuales se determinó el rubro relativo al renglón “edificaciones”, este sentenciador resuelve que la cantidad a indemnizar por la aseguradora por este concepto es la cantidad de SEIS MILLONES OCHENTA MIL SEISCIENTOS NUEVE BOLÍVARES (Bs. 6.080.609,00), de conformi-

dad con lo establecido en los artículo 5 y 21.2 de la Ley del Contrato de Seguro. Así se decide.

En los informes presentados ante ésta superioridad la demandada arguye la nulidad de la sentencia del a quo por errores de forma, sosteniendo que se limitó a mencionar sin resolver, el alegato de que la indemnización a pagar por la aseguradora debería ser en base al valor del interés asegurado en el momento inmediatamente anterior a la ocurrencia del siniestro y no sobre las experticias evacuadas a dos años de sucedido el siniestro.

Al respecto el tribunal de la causa expresa:

“en atención al alegato formulado por la parte demandada respecto de la improcedencia de dicha experticia, toda vez que para la fecha habían transcurrido más de dos (2) años a la ocurrencia del siniestro, este tribunal observa que del texto precedentemente transcrito se desprende que los expertos tomaron en consideración tal circunstancia a los fines de la cuantificación de los daños, en tal sentido, se constituye un argumento adicional para que este sentenciador estime suficiente la metodología empleada en la experticia bajo análisis. Así se hace constar”.

Por su parte, la representación de las actoras en sus observaciones a los informes de la contraria, argumenta:

“se evidencia que el sentenciador no se limitó a mencionar el alegato como expresa el apoderado de la aseguradora, sino que, lo analizó y resolvió indicando que esa circunstancia fue considerada por los expertos a los fines de la cuantificación de los daños, lo cual, entre otros argumentos, le hacen estimar positivamente la metodología empleada en las experticias bajo análisis. De tal forma que, la sentencia no adolece incongruencia negativa.

Un ejemplo de que los expertos si consideraron lo relativo al artí-

culo 58 de la Ley del contrato de seguros, lo determina el siguiente texto tomado del informe de experticia contable:

“En relación a la consideración relativa a que las existencias pretenden ser determinadas a más de dos años de sufrido el siniestro, consideramos que el transcurso del tiempo, no es relevante a los efectos de probar la existencia de una mercancía a una fecha determinada, siempre y cuando se cuente con la documentación contable apropiada”.

Para decidir lo anterior, éste juzgador estima que el a quo procedió acertadamente, pues los expertos tomaron en consideración el argumento de la demandada fundamentado en el artículo 58 de la Ley del Contrato de Seguro, a los fines de la cuantificación de los daños como arriba se expuso. En tal sentido, esta superioridad al igual que el a quo, estima suficiente e idónea la metodología empleada en las experticias señaladas, ya que las mismas arrojan hechos veraces sobre los daños alegados y probados por la actora, la especificación de éstos y sus causas. Así se decide”.

Conforme a la transcripción parcial del fallo recurrido, se desprende claramente que el juzgador de alzada no incurrió en la errónea interpretación del artículo 58 de la Ley del Contrato de Seguro, ya que a los fines de la cuantificación de los daños ocasionados en el siniestro demandado, declaró legalmente válidas las experticias consignadas en autos, dándole valor probatorio según el artículo 1.427 del Código Civil, pues los expertos tomaron en cuenta la circunstancia de los dos años de ocurrencia del siniestro, alegado por la demandada, estima suficiente e idónea la metodología empleada en las experticias señaladas, ya que arrojan hechos veraces sobre los daños alegados y probados por la actora, la especificación de éstos y sus causas.

Asimismo, estableció que del contenido de la experticia contable fue realizada por los expertos Antonio Alcala, Aben Cermeño y Gordy Palmero Lujan, el dictamen es de fecha 29 de septiembre de 2009, de la cual verificó que el objeto fue la determinación contable de la existencia física de

productos o materias primas, al momento de la ocurrencia del siniestro y sobre el trabajo realizado y sus conclusiones, estimando suficiente e idónea la metodología empleada en las mismas, tomando en consideración lo preceptuado en el artículo 58 de la Ley del Contrato de Seguro, pues para la determinación del daño se tomó en cuenta el valor del interés asegurado en el momento anterior a la ocurrencia del siniestro.

En consecuencia, se declara improcedente la denuncia de infracción del artículo 58 de la Ley del Contrato de Seguro. Así se establece.

• • • • •

2014



TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00104.

FECHA: 29 de enero de 2014.

PARTES: Sanitas de Venezuela S.A, contra la Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDEE).

.....
**TEMA: EXÁMENES MÉDICOS PREVIOS A LA
SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: las sociedades mercantiles prestadoras de servicios de asistencia médica y las compañías de seguros que pretendan valerse legítimamente de las excepciones de pago estipuladas en las cláusulas de exclusiones de riesgo, deberán someter al solicitante de la cobertura a exámenes médicos previos a la suscripción del contrato.

Máxima: en ausencia de tales exámenes médicos previos, tanto las prestadoras de servicios de asistencia médica como las aseguradoras, a los fines de determinar la preexistencia de enfermedades, dispondrán de la declaración efectuada por el solicitante, contenida en la solicitud de afiliación al servicio de asistencia médica o en el contrato de seguro, constituyendo tal declaración una de las obligaciones a cargo del tomador, asegurado o beneficiario de dichos contratos.

Máxima: una compañía de seguros que alega la preexistencia de una enfermedad o padecimiento, por una parte, deberá probar tal circunstancia, por lo cual el asegurado está obligado a someterse a los exámenes que le sean solicitados y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero en caso de probarlo, adicionalmente la aseguradora deberá demostrar que la enfermedad era conocida por el asegurado.

EXTRACTO:

Conforme se desprende de la narrativa del presente fallo la parte apelante impugna la sentencia N° 2013-1148 del 25 de junio de 2013, mediante la cual la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo declaró sin lugar el recurso de nulidad interpuesto contra el acto administrativo de fecha 25 de julio de 2008, dictado por el Consejo Directivo del Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), hoy SUPERINTENDENCIA NACIONAL PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS SOCIO ECONÓMICOS (SUNDDE), mediante el cual se declaró sin lugar el recurso jerárquico incoado por la sociedad mercantil actora, confirmando así el acto de fecha 7 de marzo de 2006 por el que el referido Instituto la multó con treinta unidades tributarias (30 U.T.) equivalente para esa fecha a la cantidad de un millón ocho mil bolívares con cero céntimos (Bs. 1.008.000,00), ahora mil ocho bolívares con cero céntimos (Bs. 1.008,00), de conformidad con lo previsto en el artículo 122 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario por la transgresión de los artículos 18 y 92 eiusdem.

En su escrito de fundamentación de la apelación, los apoderados judiciales de la sociedad mercantil Sanitas de Venezuela, S.A., denuncian que el a quo al decidir el recurso de nulidad, incurrió en errónea interpretación de los hechos y el derecho, por las razones siguientes:

1.-Error de juzgamiento por errónea interpretación de los hechos:

Importa destacar, que en cuanto al vicio de error de juzgamiento denunciado por la recurrente, esta Sala ha sostenido lo siguiente:

“Al respecto, resulta menester acotar que de acuerdo a pacífica y reiterada jurisprudencia de esta Sala, el vicio de suposición falsa en las decisiones judiciales se configura, por una parte, cuando el Juez, al dictar un determinado fallo, fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o que no guardan la debida vinculación

con el o los asuntos objeto de decisión, verificándose de esta forma el denominado falso supuesto de hecho”. (Vid. Sentencias Nros. 00183 y 0039 de fechas 14 de febrero de 2008 y 20 de enero de 2010, respectivamente).

1.1- Alegaron los representantes de la actora que la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo equivocadamente señaló que su representada tenía la obligación de realizar de manera periódica exámenes médicos a quienes contratan nuevas suscripciones o renovaciones y que además no demostró que el “ciudadano Luigi Sanseviero” tuviese una enfermedad preexistente.

Al respecto, se advierte que según criterio sentado por esta Sala Político-Administrativa las sociedades mercantiles prestadoras de servicios de asistencia médica y las compañías de seguros que pretendan valerse legítimamente de las excepciones de pago estipuladas en las cláusulas de exclusiones de riesgo, deberán someter al solicitante de la cobertura a exámenes médicos previos a la suscripción del contrato. Estos exámenes médicos responden al principio de razonabilidad, conforme a lo dispuesto en el artículo 116 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.553, Extraordinario del 12 de noviembre de 2001.

En ausencia de tales exámenes médicos previos, tanto las prestadoras de servicios de asistencia médica como las aseguradoras, a los fines de determinar la preexistencia de enfermedades, dispondrán de la declaración efectuada por el solicitante, contenida en la solicitud de afiliación al servicio de asistencia médica o en el contrato de seguro, constituyendo tal declaración una de las obligaciones a cargo del tomador, asegurado o beneficiario de dichos contratos, de conformidad con lo establecido en el artículo 20, numeral 1 eiusdem. (Ver sentencia de esta Sala N° 195 del 8 de marzo de 2012, caso: Sanitas de Venezuela, S.A. Vs. INDEPABIS).

De lo expuesto se desprende que la aseveración efectuada por el a quo

respecto a la obligación del prestador del servicio de realizar exámenes médicos a los contratantes no estaba errada; sin embargo se observa que según denuncian los apoderados judiciales de la sociedad mercantil accionante su representada promovió en el lapso procesal correspondiente un informe médico de fecha 8 de septiembre de 2005, suscrito por el ciudadano Michelle Sanseviero Adinolfi, en respuesta al cuestionario elaborado por el médico tratante, en el cual se evidencia que el ciudadano Luigi Sanseviero Scolpini, quien era una de los beneficiarios, padecía de diabetes desde hacía seis (6) años.

En este sentido, se observa el artículo 116 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, el cual define lo que es la enfermedad preexistente, en los siguientes términos:

“Artículo 116. Se entiende por preexistencia toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado un Contrato de Seguros de hospitalización, cirugía y maternidad y que sea conocida por el tomador, el asegurado o el beneficiario. Salvo pacto en contrario los contratos de seguros no cubren las enfermedades preexistentes.

Quando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente”. (Destacado de esta Sala).

Así se entiende por enfermedad preexistente un padecimiento cuya existencia pueda comprobarse antes de la celebración del contrato, siempre y cuando sea conocido por el beneficiario.

De igual forma, debe esta Sala precisar como lo ha hecho en fallos anteriores que cuando una compañía de seguros alega la preexistencia de una enfermedad o padecimiento, por una parte, deberá probar tal circunstancia,

por lo cual el asegurado está obligado a someterse a los exámenes que le sean solicitados y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero en caso de probarlo, adicionalmente la aseguradora deberá demostrar que la enfermedad era conocida por el asegurado. (Ver sentencia de esta Sala N° 195 del 8 de marzo de 2012, antes citada).

.....
**TEMA: RENOVACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA
OBLIGACIÓN DE REALIZAR NUEVOS EXÁMENES
MÉDICOS**

Máxima: el contratante del servicio y los beneficiarios mantenían una antigüedad con la empresa desde el año 1996; en razón de lo anterior, comparte la Sala la posición de la Corte al sostener que no se entiende por qué aproximadamente nueve (9) años con posterioridad del conocimiento de la historia médica del paciente, es decir, en el año 2005, se decide de manera unilateral concluir por parte del equipo médico de dicha empresa prestadora de servicio, la presencia de una enfermedad preexistente del contratante, cuando lo correcto era realizar de manera periódica los exámenes médicos a quienes en todo caso contratan como nuevas suscripciones o renovasen sus contratos.

EXTRACTO:

Al respecto, observa la Sala que en efecto consta en autos al folio 93 el informe médico al que alude la representación de la sociedad mercantil apelante, en el que se lee en los antecedentes: “(...) Diabetes mellitus hace 6 años tratamiento actual avandia”, ahora bien, se aprecia que como concluyó la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo consta en autos que el contratante del servicio y los beneficiarios mantenían una antigüedad con la empresa desde el año 1996, según se desprende de la so-

licitud de afiliación al servicio de asistencia médica suscrita en el año 2000 por el ciudadano Michele Sanseviero Adinolfi (folios 5 al 7 del expediente administrativo); en razón de lo anterior, comparte la Sala la posición de la Corte al sostener que no se entiende por qué aproximadamente nueve (9) años con posterioridad del conocimiento de la historia médica del paciente, es decir, en el año 2005, se decide de manera unilateral concluir por parte del equipo médico de dicha empresa prestadora de servicio, la presencia de una enfermedad preexistente en el ciudadano Luigi Sanseviero Scolpino, cuando lo correcto era realizar de manera periódica los exámenes médicos a quienes en todo caso contratan como nuevas suscripciones o renovasen sus contratos.

Aunado a lo anterior se advierte que según consta al folio 102 del expediente administrativo en sello de asesoría médica anexo a la solicitud de afiliación N° 0034668 suscrita por el ciudadano Michele Sanseviero Adinolfi, se reconoce antigüedad desde el 1° de julio de 1996.

.....

TEMA: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD Y EL CONTROL DEL ESTADO

Máxima: en la actualidad, la medicina prepagada constituye una forma de actividad aseguradora que se encuentra sujeta al control, vigilancia, supervisión, autorización y regulación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y, por tanto, quienes la prestan deben cumplir con la normativa prevista en dicha Ley, a fin de desarrollar legalmente su objeto principal, el cual es la prestación de los servicios de salud a sus contratantes.

EXTRACTO:

De otra parte, se observa que la representación de la sociedad mercantil apelante denunció que su representada no es una empresa de seguros,

sino que se dedica a la gestión de la prestación integral de servicios médico asistenciales bajo la modalidad prepagada, y por tanto no le resultan aplicables las normas que las rigen como por ejemplo la Ley del Contrato de Seguro, no teniendo la obligación de realizar de forma periódica y continua exámenes médicos a todos sus afiliados.

En ese sentido, resalta esta Sala, que la conclusión a la que arribó el tribunal de la causa, esto es, considerar que la actividad desplegada por la recurrente, sí estaba sometida a la fiscalización, control y vigilancia de la entonces Superintendencia de Seguros se encuentra ajustada a derecho. En efecto debe atenderse al contenido de los artículos 19, 83, 84, 85 y 117 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que disponen:

“Artículo 19. El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos. Su respeto y garantía son obligatorios para los órganos del Poder Público de conformidad con esta Constitución, con los tratados sobre derechos humanos suscritos y ratificados por la República y con las leyes que los desarrollen.” (Destacado de la Sala).

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República”. (Destacado de la Sala).

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social

y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud”. (Destacado de la Sala).

Artículo 85. El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud”. (Destacado de la Sala).

Artículo 117. Todas las personas tendrán derecho a disponer de bienes y servicios de calidad, así como a una información adecuada y no engañosa sobre el contenido y características de los productos y servicios que consumen, a la libertad de elección y a un trato equitativo y digno. La ley establecerá los mecanismos necesarios para garantizar esos derechos, las normas de control de calidad y cantidad de bienes y servicios, los procedimientos de defensa del público consumidor, el resarcimiento de los daños ocasionados y las sanciones correspondientes por la violación de estos derechos.”. (Destacado de la Sala).

Como se desprende de los citados artículos constitucionales, es deber del Estado garantizar a toda persona -sin discriminación alguna- el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos, siendo el derecho a la salud, uno de carácter fundamental y en

consecuencia, tales disposiciones constituyen un motivo suficiente para justificar el control y fiscalización de la actividad desplegada por la recurrente, conforme lo declaró esta Sala ante un caso similar (Ver sentencia N° 1001 de fecha 21 de julio de 2011, caso: Sanitas Venezuela, S.A. Vs. INDEPABIS), en el que se concluyó:

“(...) la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 83, establece que la salud es un derecho social fundamental, por tanto, todo lo relacionado con la prestación del servicio de salud debe estar regulado por el Estado. En este sentido, se observa que la empresa recurrente al tener como presupuesto básico la prestación de un servicio público, como es la salud, bajo la modalidad de medicina prepagada, éste debe estar sujeto a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 85 constitucional, según el cual El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud. Ahora bien, según lo alegado por la parte actora, con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010, la medicina prepagada no se encontraba regulada por la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros; no obstante, tal como se indicó en las normas constitucionales ya mencionadas, el Estado está en la obligación de regular, controlar, vigilar y supervisar las Instituciones tanto públicas como privadas que presten servicios de salud. En este sentido, la aludida Ley de la Actividad Aseguradora prevé en su artículo 1°, lo siguiente (...) Asimismo, dispone el artículo 2 del referido texto normativo que (...) De la normativa antes transcrita se observa que, en la actualidad, la medicina prepagada constituye una forma de actividad aseguradora que se encuentra sujeta al control, vigilancia, supervisión, autorización y regulación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y, por tanto, quienes la prestan deben cumplir con la normativa prevista en dicha Ley, a fin de desarrollar legalmente su objeto principal, el cual es la prestación de los servicios de salud a sus contrata (...).”

En atención a lo anteriormente expuesto, concluye esta Alzada que no erró el a quo al señalar que la medicina prepagada está sometida al Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro y a la fiscalización en el momento de la denuncia del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), ello debido a que al ser la salud un derecho social fundamental, todo lo relacionado con la prestación del servicio de salud debe estar regulado por el Estado. Así se decide.

.....
TEMA: NOTIFICACIÓN EFECTIVA EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: la empresa de medicina prepagada incurrió en un incumplimiento manifiesto, al terminar anticipadamente el contrato de servicio sin realizar la notificación a la persona que detenta la titularidad del contrato de suscrito.

Máxima: la notificación de la terminación anticipada del contrato no fue realizada al contratante del servicio, es decir, al titular y principal contratante del mismo, habiendo incumplido así la empresa de medicina prepagada con la obligación contenida tanto en la cláusula sexta del contrato como en el artículo 53 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro.

EXTRACTO:

1.2- Denunciaron que la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo equivocadamente señaló que su representada decidió de forma arbitraria rescindir el contrato, siendo lo cierto que siempre actuó en pleno y cabal cumplimiento de las cláusulas contractuales suscritas entre las partes. Al respecto, observa esta Sala que la Corte Primera de lo Contencioso Ad-

ministrativo concluyó que la sociedad mercantil recurrente incurrió en un incumplimiento manifiesto, al terminar anticipadamente el contrato de servicio sin realizar la notificación a la persona que detenta la titularidad del contrato de suscrito.

En ese sentido, a los fines de determinar la veracidad de la conclusión a la que arribó el a quo debe atenderse al contenido de la cláusula sexta del contrato suscrito entre el ciudadano Michele Sanseviero Adinolfi y la Sociedad Mercantil Sanitas Venezuela, S.A., la cual es del tenor siguiente:

“(…) podrá dar por terminado de forma inmediata este contrato anticipadamente a la fecha de expiración de su vigencia mediante aviso escrito dirigido a EL CONTRATANTE a la última dirección que este hubiere suministrado, por las siguientes causas, las cuales se considerarán incumplimiento a las obligaciones del Contratante y/o usuario (...)”. (Destacado de la Sala).

Ahora bien, según consta en el expediente administrativo al folio 10 por comunicación de fecha 23 de septiembre de 2005 la sociedad mercantil Sanitas de Venezuela, S.A., notificó al ciudadano Luigi Sanseviero Scolpini, quien a los efectos del contrato signado bajo el N° 50-10-5787, tiene el carácter de “beneficiario” y no el de contratante del servicio de medicina prepagada, que la señalada empresa decidió terminar anticipadamente el referido contrato en virtud de que “mediante la revisión de nuestros registros, y específicamente en lo relativo a su Declaración sobre su Estado de Salud, realizada a través de la Solicitud de Afiliación identificada bajo el N° 0034668 Comité Médico verifico que existe omisión en la información aportada”. (Sic).

De la mencionada cláusula sexta se evidencia que la compañía de seguros debe inexorablemente notificar la terminación anticipada del contrato de seguro al tomador del contrato y no a los beneficiarios; a su vez se destaca que el artículo 53 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, dispone:

“Artículo 53: La empresa de seguros podrá dar por terminado el Contrato de Seguros, con efecto a partir del decimosexto (16º) día siguiente a la fecha del acuse de recibo de la comunicación que a tal fin envíe al tomador, siempre y cuando se encuentre en la caja de la empresa de seguros, a disposición del tomador el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima no consumida por el período que falte por transcurrir.

A su vez, el tomador podrá dar por terminado el contrato de seguro con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de su comunicación escrita por parte de la empresa de seguros, o de cualquier fecha posterior que señale en la misma. En este caso, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, la empresa de seguros deberá poner a disposición del tomador la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros, correspondiente al período que falte pro transcurrir.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada en cuyo caso no procederá devolución de prima.

No procederá la terminación anticipada de la póliza en los casos de seguros obligatorios ni en los seguros de personas”. (Destacado de la Sala). (Sic).

Conforme a lo señalado, se advierte que acorde lo concluyó la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo la notificación de la terminación anticipada del contrato no fue realizada al contratante del servicio, es decir, al titular y principal contratante del mismo, habiendo incumplido así la sociedad mercantil apelante con la obligación contenida tanto en la cláusula sexta del contrato como en el artículo 53 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro; debiendo resaltarse que el contratante en este caso del contrato de medicina prepagada o el tomador de un seguro resulta ser el débil jurídico de la relación, por lo que las compañías de se-

gueros y en este caso de la sociedad mercantil Sanitas Venezuela, S.A. están llamadas a proceder de manera diligente y transparente en las relaciones con sus clientes.

Lo anterior hace evidente que la sociedad mercantil Sanitas de Venezuela, S.A., no prestó el servicio de salud de forma continua, regular y eficiente tal como lo prescribe el artículo 18 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37.930 del 4 de mayo de 2004. Así se decide.

1.3- Alegaron que la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo equivocadamente señaló que en la resolución recurrida se resguardó el derecho a la defensa de su representada, cuando lo cierto es que no fueron valorados los elementos probatorios presentados durante el procedimiento administrativo. Específicamente indicaron que no valoró la comunicación de fecha 23 de septiembre de 2005 dirigida al denunciante, ni el escrito de denuncia formulada en la que, a su decir, el ciudadano Michelle Sansevierro confesó que había sido notificado el 23 de septiembre de 2005.



Concretándonos al caso de autos, se advierte que contrariamente a lo sostenido por la sociedad mercantil apelante la Corte no ignoró los efectos de la comunicación de fecha 23 de septiembre de 2005 (folio 8 del expediente administrativo) sino que más bien de un análisis de dicho documento resultó inobjetable, tal como se estableció supra, que el mismo no cumplió con los requerimientos previstos en la cláusula sexta del contrato suscrito entre las partes ni con lo dispuesto en el artículo 53 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, pues no estaba dirigida al titular o contratante sino a uno de los beneficiarios, por lo que no podía pretender la sociedad mercantil Sanitas de Venezuela, S.A., que con dicha notificación la compañía estuviese cumpliendo cabalmente con su obligación al haber dado por terminado el contrato anticipadamente.

En virtud del precedente razonamiento y del examen efectuado al fallo

apelado, la Sala no advierte del contenido del mismo error alguno de concordancia lógica y jurídica entre la pretensión deducida y la sentencia recurrida, para considerar procedente la denuncia de incongruencia aducida por la apelante, razón por la cual, a juicio de esta Alzada, no existe en la decisión apelada el vicio de incongruencia negativa alegado por la representación fiscal. Así se declara.

Con relación a la denuncia formulada por el accionante respecto a que el ciudadano Michelle Sanseviero Adinolfi confesó al momento de presentar su denuncia que en fecha 23 de septiembre de 2005 la sociedad mercantil apelante le había notificado la terminación anticipada del contrato; reitera la Sala que tal como se estableció supra la comunicación contentiva de la notificación de la terminación anticipada del contrato no fue dirigida al titular o contratante como lo exige el contrato suscrito entre las partes y el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro sino a uno de los beneficiarios dejando constancia expresa la sociedad mercantil Sanitas de Venezuela, S.A., que el beneficiario, esto es, el ciudadano Luigi Sanseviero Scolpini se había negado a firmar, por no estar de acuerdo. (Folio 105 del expediente administrativo).

De lo anterior se desprende que no se cumplió con lo estipulado en la cláusula sexta del contrato ni con lo dispuesto en el artículo 53 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, siendo además de vital importancia el perfeccionamiento de la notificación en cuestión ya que, como prescribe el mencionado artículo 53, “el tomador podrá dar por terminado el contrato de seguro con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de su comunicación escrita por parte de la empresa de seguros, o de cualquier fecha posterior que señale en la misma”.

Así se advierte, que una vez notificado el contratante quedaría desprovisto del servicio que prestaba la sociedad mercantil, de allí la importancia de la formalidad en la práctica de la referida notificación. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.000199.

FECHA: 02 de abril de 2014.

PARTES: Franklin René Gutiérrez Andradez contra C.A. de Seguros La Occidental.

.....
**TEMA: DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA
PARA EL PAGO DE LA COMISIÓN AL INTERMEDIARIO
EN EL CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: la carga de la prueba de esa actividad de intermediación, es decir, la de probar que efectivamente a través de él fue que se celebró el contrato de seguro, la tiene el productor de seguros; no obstante, si la empresa de seguros afirma que fue ella quien directamente gestionó y concluyó el contrato a través de su alta gerencia, ha debido ser ésta quien debía probar esas aseveraciones y no el intermediario.

EXTRACTO:

● ● ●

Ahora bien, considerando que el vicio denunciado versa sobre el artículo 506 del Código de Procedimiento Civil, y 1.354 del Código Civil, señalados por los formalizantes como infringidos, pasa esta Sala a examinar su contenido, los cuales, establecen lo siguiente:

El artículo 506 del Código de Procedimiento Civil dispone:

“Artículo 506. Las partes tienen la carga de probar sus respectivas afirmaciones de hecho. Quien pida la ejecución de una obligación debe probarla, y quien pretenda que ha sido libertado de ella, debe

por su parte probar el pago o el hecho extintivo de la obligación. Los hechos notorios no son objeto de prueba”.

Por su parte, el artículo 1.354 del Código Civil establece:

“...Artículo 1.354. Quien pida la ejecución de una obligación debe probarla, y quien pretenda que ha sido libertado de ella debe por su parte probar el pago o el hecho que ha producido la extinción de su obligación”.

Las normas precedentemente transcritas regulan la distribución de la carga de la prueba, y establecen claramente que corresponde al actor probar los hechos constitutivos, es decir, aquellos que crean o generan un derecho a su favor, y traslada la carga de la prueba al demandado en relación con los hechos extintivos, modificativos e impeditivos.

Respecto al contenido de los artículos citados la Sala, mediante sentencia N° 00193 de fecha 25 de abril de 2003, caso Dolores Morante Herrera contra Domingo Antonio Solarte y otro, criterio ratificado, entre otros, mediante el fallo N° 540 de fecha 23 de septiembre de 2013, caso Bicimoto Car Audio, C.A., contra Mapfre La Seguridad C.A. de Seguros, dejó asentado lo siguiente:

“...En el derecho procesal moderno, corresponde a la parte que afirma el hecho, esto es, aquella que tiene interés en obtener la consecuencia jurídica que asigna la norma general y abstracta a ese hecho, demostrar al juez la realización concreta del mismo y provocar en él la convicción de la verdad del hecho; y a la parte que tiene interés en obtener el rechazo de la pretensión, demostrar los hechos extintivos o modificativos de la misma. Tiene apoyo esta tesis en el principio del contradictorio y se la denomina carga subjetiva de la prueba, independientemente de que esté expresamente distribuida por una norma o implícita en la estructura misma del proceso. Los límites de la controversia quedan planteados con el

ejercicio de la pretensión que se hace valer en la demanda y con el ejercicio de la defensa o excepción que hace valer el demandado en la contestación.

(Omissis)

cuando el demandado no se encierra en la pura negación de las pretensiones, sino que expone razones de hecho para discutir las, adopta en el proceso una actitud dinámica, y la contienda procesal se desplaza de la pretensión, a las razones que la enervan, y el riesgo de la falta de pruebas también se desplaza, porque el actor no tiene que probar nada, puesto no es de la realidad de su pretensión de lo que se trata, sino de las razones contendientes de aquellas. (GF. N° 17 (2° etapa) p 63)

(Omissis)

Igualmente, en este sentido, en sentencia N° 170 de fecha 26 de junio de 1991, caso Roberto Cordero Torres contra Guido Leopardi y otros, la Sala indicó:

“...Reus in exceptione fit actor...” se refiere a una actitud específica del demandado. En efecto, el reo puede adoptar distintas posiciones frente a las pretensiones del actor, a saber:

- a) Convenir absolutamente o allanarse a la demandada. El actor queda exento de prueba.
- b) Reconocer el hecho, pero atribuyéndole distinto significado jurídico. Toca al juez decir el derecho.
- c) Contradecir o desconocer los hechos, y por tanto, los derechos que de ellos deriven. El actor corre con toda la carga de la prueba y de lo que demuestre en el proceso depende el éxito y el alcance de sus pretensiones.
- d) Reconocer el hecho con limitaciones, porque opone al derecho una excepción fundada en un hecho extintivo, impeditivo o modificativo. Al reo le corresponde probar los hechos extintivos o las condiciones impeditivas o modificativas...”.

En atención a las normas jurídicas citadas y al precedente jurisprudencial antes transcrito, se pone de manifiesto que si el demandado se limita únicamente a efectuar una simple negación de las afirmaciones del actor, corresponderá entonces al actor toda la carga de la prueba. No obstante, si surge una actitud dinámica del demandado en la cual no se limite a la contradicción pura y simple de la pretensión de su oponente, sino que expone particulares razones de hecho para discutir las, precisamente porque presenta entre esas razones hechos impositivos, modificativos o extintivos de las pretensiones de su contraparte, está asumiendo la carga de la prueba, por tanto, de lo que logre demostrar en ese sentido, dependerá su triunfo.

Efectuadas las anteriores consideraciones, la Sala pasa a transcribir parte de la sentencia recurrida, a los fines de evidenciar la certeza en las afirmaciones de los formalizantes respecto a su denuncia:

“MOTIVA

este juzgador basado en los hechos narrados por el actor en su libelo de demanda como por los alegatos y defensas opuestos por la accionada en su contestación de demanda, como por los hechos aceptados por ésta en su escrito de promoción de pruebas da por aceptados y por tanto quedan relevados de pruebas los siguientes hechos:

(Omissis)

quedando como hechos controvertidos los siguientes:

A. ¿Sí efectivamente los hechos narrados como efectuados por el actor ante la Gobernación del estado Yaracuy y los amparados en el contrato de Seguros de H.C.M., constituyen o no una intermediación del actor como corredor de seguros y por ende el derecho a cobro de la comisión por DOS MILLONES CUARENTA Y CUATRO MIL SESENTA Y UN BOLÍVARES CON SESENTA Y CUATRO CÉNTIMOS (Bs. 2.044.061, 64)?

B. Los hechos constitutivos de los daños y perjuicios, así como también el monto que por trescientos mil bolívares (Bs. 300.000,00) pretende por tal concepto.

C. Los hechos constitutivos a la pretensión que, por concepto de honorarios profesionales, así como el monto de setecientos tres mil doscientos dieciocho bolívares con cuarenta y nueve céntimos (Bs. 703.218,49) pretende.

D. Los hechos constitutivos de la defensa subsidiaria de oposición opuesta por la accionada consistente en que en el supuesto de ser procedente el pago de la comisión demandada, alega el pago de tal obligación, por haberle cancelado al actor la cantidad de DOSCIENTOS SETENTA MIL BOLÍVARES (Bs. 270.000,00); cantidad ésta que consideró la accionada era superior a la que tenía en tal supuesto derecho a percibir el actor de acuerdo a lo establecido en el Decreto 544 del 25 de enero de 1995 de la reforma parcial del Decreto No. 1492 del 18 de mayo de 1987, publicado en Gaceta Oficial No. 35.649; ya que a él le correspondía era la cantidad de DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS ONCE BOLÍVARES CON CINCUENTA Y NUEVE CÉNTIMOS (Bs. 249.611,59), correspondiéndole la carga de la prueba de los hechos señalados en los tres primeros literales al actor, mientras que a la accionada le corresponde la prueba de sus alegatos y defensas opuestas todo ello de acuerdo a lo pautado por el artículo 506 del Código Adjetivo Civil y así se establece.

(Omissis)

Una vez establecidos los hechos procede este juzgador a pronunciarse al fondo del asunto así:

1. Respecto a la pretensión de que la accionada le pague la cantidad de Bs. 2.044.061,64 por concepto de comisión por haber concretado la negociación de la póliza que amparaba a doce mil (12.000) trabajadores de la Gobernación del estado Yaracuy, cuya prima ascendió a la cantidad de Bs. 9.939.460,67, fundamentando según el

accionante, en que él desde el mes de enero del año 2008, mantuvo una cuenta entre la GOBERNACIÓN DEL ESTADO YARACUY y la COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS LA OCCIDENTAL y que dicha cuenta se logró gracias a su gestión como corredor de seguros y que luego del proceso de licitación, obtuvo la buena pro y se otorgó una póliza colectiva que amparaba a 12.000 personas dependientes de dicha Gobernación, educadores activos y familiares, educadores jubilados y empleados activos y familiares. Que dicha negociación se efectuó con la anuencia del anterior Gobernador del estado Yaracuy, Carlos Giménez y que él como corredor de seguros asumió con el consentimiento de la C.A. Seguros La Occidental, el otorgamiento de cartas, avales, reclamos, emergencias las 24 horas del día, los siete (07) días a la semana. A su vez argumentó que él gestionó de manera exitosa lo conducente para la obtención de la cuenta de seguros, lo cual se evidencia de las comunicaciones suscritas entre la Gobernación del estado Yaracuy y la Compañía Anónima, pretensión y argumentación que la accionada rechazó y se excepcionó, alegando que, el accionante nunca fungió como intermediario de ella para la celebración del contrato de seguros de marras suscrito entre la Gobernación del estado Yaracuy, por cuanto por las características y particular importancia de la cuenta en cuestión, la misma fue atendida directamente por la alta gerencia de ella. A su vez argumentó que, lo dicho por el actor de que las diligencias efectuadas por él constituirían actividades de corretaje, se derrumba por el peso de la verdad, pues es evidente, que la Gobernación de Yaracuy, mediante oficio N° ODN. 109, de fecha 11 de julio del año 2008, recibido por la aquí accionada el 14 del mismo mes y año, designó a la Sociedad de Corretaje Vida y Patrimonio, Sociedad de Corretaje de Seguros, C.A. como su intermediario de seguros, designación ésta que es ratificada mediante oficio suscrito por el Gobernador del estado Yaracuy, en representación del ente contratante y también mediante oficios Nros. DG-055-2008 y DE-0050-2008 de fecha 30 de diciembre de 2008, que a raíz de esta designación de intermediario por parte de la Gobernación del estado

Yaracuy, procedió a dar por concluida la labor de logística contratada con el actor, procediéndole a cancelar a su entera satisfacción las cantidades de Bs. 270.000,00, por los conceptos honorarios por gestión administrativa, gestión, gastos por empleados, atención a los asegurados, gestiones telefónicas

(Omissis)

De manera, que ante el rechazo de la accionada de reconocer que el actor hubiere actuado como su corredor o intermediario de seguros en el contrato de HCM y Vida, suscitado el 1º de enero de 2008 y prorrogado para el 2009, aduciendo que dicho contrato lo gestionó y concluyó directamente ella, con su alta gerencia y no el accionante, pues la carga de la prueba de esa actividad de intermediación, es decir, la de probar que efectivamente a través de él fue que se celebró el contrato de seguros de marras, la tiene el actor y para ello se ha de tener presente que el Capítulo X de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, el cual regula: “DE LA INTERMEDIACIÓN DE SEGUROS” vigente para la fecha en que se originó el presente conflicto y por ende la aplicable a la solución del caso de autos, por cuanto a partir del 5 de agosto del año 2010, entró en vigencia la Ley de la Actividad Aseguradora, preceptúa en sus artículos 137 y 159, lo qué es la actividad del productor de seguros y lo que se requiere para considerar cartera de un productor de seguros y así tenemos que, el artículo 137 establece:

“A los fines de esta Ley, se entiende por productores de seguros las personas que dispensen su intermediación para la celebración del contrato de seguros y asesorar a los asegurados y contratantes quienes se registrarán por la presente ley y supletoriamente por las normas contenidas en el Código de Comercio”

Mientras que el artículo 159, establece:

“La cartera de los productores de seguros está constituida por el conjunto de operaciones de seguros que un productor haya colocado en una o varias empresas de seguros y sobre las cuales devengan

asimismo”

Mientras que el artículo 71 del Código de Comercio preceptúa:

“El corredor no tiene derecho al corretaje si no se lleva a conclusión el asunto en que interviene”.

Por su parte el artículo 112 del Reglamento de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros preceptúa:

“Las empresas de seguros no podrán reconocer remuneración, ni bonificación alguna por concepto de colocación de pólizas a personas que no hayan intervenido directamente en la operación”

Por lo que de acuerdo a dichas normas se puede inferir que ellas exigen que para considerarse efectivamente como intermediación de un productor de seguros, no sólo que (sic) éste efectúe mediación y asesore a los asegurados contratantes, sino que adicionalmente éste deba ser el que haya concluido el contrato y con ello es que se tendría a dicho contrato como cartera de ese productor y en consecuencia el derecho a cobrar la comisión, y en caso de no darse esa condición, pues las empresa aseguradora no puede legalmente pagar comisión alguna.

(Omissis)

Por cuanto de esos elementos probatorios señalados por el a quo en dicha motiva, no se puede determinar la veracidad de que el actor efectuó la intermediación como corredor en el contrato de Seguros de HCM y Vida suscrita entre la Gobernación del estado Yaracuy y la aquí accionada, por cuanto al haber rechazado la accionada que el actor hubiese intervenido como su intermediario o corredor de seguros en el contrato de marras y demostrado como quedó ut supra que de la carta de fecha 8 de julio de 2008 emanada por la sucursal Barquisimeto de la accionada y dirigida a la Gobernación del estado Yaracuy cuyo tenor es el siguiente:

(Omissis)

a través de la presente le informamos que nuestra empresa se

compromete a instalar una oficina de atención para los empleados educadores y jubilados inscritos en la póliza de HCM colectivo contratado con nuestra empresa a través del corredor de seguros Sr. Franklin Gutiérrez en la ciudad de San Felipe, estado Yaracuy, con esta Oficina consideramos que la atención en forma directa hacia los beneficiarios mejorará en nuestra calidad de servicios y redundará en beneficio de ambos”

En ningún momento refleja lo afirmado por el actor de que con ella estaría demostrando el reconocimiento de la accionada como su intermediario o corredor de seguros en el contrato de marras; sino que ella lo que refleja es la aceptación de la aseguradora de la obligación de cumplir con el requerimiento hecho por la Gobernación del estado Yaracuy de instalar una oficina en la ciudad de San Felipe, la cual cumpliría a través de la Oficina del corredor Franklin Gutiérrez (véase numeral 8 de la valoración de la prueba del accionante), pues en criterio de este juzgador, el quid del problema está en virtud de lo afirmado por el actor y aceptado por la accionada que, el contrato de seguros se concretó fue a través del proceso de licitación selectiva y dado a que este proceso está consagrado en los artículos 74, 76, 79, 80, 82, 83, 85 de la Ley de Licitaciones vigente para esa fecha, el cual contempla la actividad que se ha de efectuar en el mismo, para seleccionar a cuál de los oferentes se le ha de adjudicar la buena pro:

1. Que el ente licitante debe seleccionar e invitar a presentar ofertas al menos de cinco (5) empresas, mediante notificación que sea entregada, anexándole los pliegos de licitación indicándole el lugar, día y hora de los actos públicos de recepción y apertura de sobres que contengan las ofertas.
2. La presentación de las ofertas por los invitados a participar y la apertura de los sobres contentivos de las ofertas.
3. El análisis e informe de la comisión de licitaciones recomendando a cuál de los oferentes se ha de adjudicar la buena pro.

Pues en criterio de este juzgador, el actor debió demostrar que él fue el invitado a participar en la licitación del contrato de autos o en su defecto que lo fue la accionada directamente al ser la invitada a participar en la licitación y que ésta lo autorizó a él para que en su nombre presentará la oferta, y al no haber ocurrido esto, pues legalmente de acuerdo a los supra transcritos artículos 137 y 159 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros vigente para el momento en que se originó el caso sub lite en concordancia con el artículo 112 del Reglamento de dicha Ley y del artículo 71 del Código de Comercio, no se ha de considerar que el actor fue quien realizó la actividad de corredor de seguros en dicho contrato de seguro como lo afirmó; por lo que en criterio de quien emite el presente fallo, al haber el a quo declarado con lugar la pretensión de cobro de la comisión demandada por el actor sin que de acuerdo a los hechos alegados y probados y de acuerdo a la Ley de Licitaciones, hubiese demostrado la actuación de él como corredor o intermediario del contrato de seguros de marras en el proceso licitatorio que determinó la buena pro del mismo a la accionada, pues infringió dicha normativa legal, por lo que lo decidido sobre éste particular se ha de REVOCAR declarándose en consecuencia, SIN LUGAR la pretensión”. (Mayúsculas del fallo recurrido y negrillas y subrayado de la Sala).

De la transcripción del fallo recurrido, la Sala observa que el sentenciador superior precisó lo siguiente:

- Fijo como el primero de los hechos controvertidos: “si los hechos narrados como efectuados por el actor ante la Gobernación del estado Yaracuy y los amparados en el contrato de Seguros de H.C.M., constituyen o no una intermediación del actor como corredor de seguros”; y en el último de esos hechos fijados, señaló que la carga de la prueba de ese primer hecho así como de los dos siguientes, le corresponde al actor, mientras que a la accionada le corresponde la prueba de sus alegatos y defensas opuestas.

- En relación con la pretensión de la parte actora de que la accionada le pague la cantidad de Bs. 2.044.061,64 por concepto de comisión por haber concretado la negociación de la póliza, por cuanto “él gestionó de manera exitosa lo conducente para la obtención de la cuenta de seguros”, la recurrida indicó que la accionada lo rechazó y se excepcionó alegando que “el accionante nunca fungió como intermediario de ella para la celebración del contrato de seguros suscrito entre la Gobernación del estado Yaracuy, por cuanto por las características y particular importancia de la cuenta en cuestión, la misma fue atendida directamente por la alta gerencia de ella”.

- Señaló que es evidente, que la Gobernación de Yaracuy, en fecha 11 de julio del año 2008, designó a la Sociedad de Corretaje Vida y Patrimonio, Sociedad de Corretaje de Seguros, C.A como su intermediario de seguros, y que, a raíz de esta designación de intermediario por parte de la referida Gobernación, la aseguradora procedió a dar por concluida la labor de logística contratada con el actor.

- Determinó que ante el rechazo de la accionada de reconocer que el actor hubiere actuado como su corredor o intermediario de seguros en el contrato de HCM y Vida, suscitado el 1º de enero de 2008 y prorrogado para el 2009, aduciendo que dicho contrato lo gestionó y concluyó directamente ella, con su alta gerencia y no el accionante, “la carga de la prueba de esa actividad de intermediación, es decir, la de probar que efectivamente a través de él fue que se celebró el contrato de seguros de marras, la tiene el actor”, valiéndose para pronunciarse al respecto, entre otras, de la Ley de la Actividad Aseguradora, como fundamento jurídico, Ley sobre la cual la Sala pudo verificar que no se encontraba aún vigente (Ley de la Actividad Aseguradora, Decreto extraordinario N° 5.590, Gaceta Oficial N° 39.476, de fecha 29 de junio de 2010) para el momento de la admisión de la demanda (30 de julio de 2008).

-Estableció que de los elementos probatorios señalados por el juez a quo, no se puede determinar la veracidad de que el actor efectuó la intermediación como corredor en el aludido contrato de seguros, por cuanto al

haber rechazado la accionada que el actor hubiese intervenido como su intermediario, en criterio de este juzgador, el quid del problema está en virtud de lo afirmado por el actor y aceptado por la accionada que, “el contrato de seguros se concretó fue a través del proceso de licitación selectiva y dado a que este proceso está consagrado en los artículos 74, 76, 79, 80, 82, 83, 85 de la Ley de Licitaciones vigente para esa fecha”, el cual contempla la actividad que efectúa en el mismo, para seleccionar a cuál de los oferentes se le ha de adjudicar la buena pro; Ley que por cierto la Sala constató que se encontraba derogada (mediante la Ley de Contrataciones Públicas, Gaceta Oficial N° 38.895 del 25 de marzo de 2008) (para la fecha de la admisión de la demanda (30 de julio de 2009)).

-Fundamentándose, además de otras normas jurídicas, en los artículos 137 y 159 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, estableció que no se debe considerar que fue el actor quien realizó la actividad de corredor de seguros en dicho contrato de seguro como lo afirmó, pues en su criterio, debió demostrar que él -actor- fue el invitado a participar en la licitación del contrato de autos o en su defecto que lo fue la accionada directamente al ser la invitada a participar en la licitación y que ésta lo autorizó a él para que en su nombre presentará la oferta. Bajo esta perspectiva, la alzada concluyó que cuando el juzgado de la causa declaró con lugar la pretensión, sin que conforme a los hechos alegados y probados y de acuerdo con la Ley de Licitaciones que por cierto, como se señaló, la Sala constató que está derogada por la Ley de Contrataciones Públicas del 25 de marzo de 2008, publicada en Gaceta Oficial N° 38.895, hubiese demostrado la actuación del actor como intermediario del contrato de seguros, en el proceso licitatorio que determinó la buena pro, infringió la normativa legal.

-Indicó que el demandante formuló una serie de alegatos en razón de los cuales se considera el intermediario en el contrato de HCM y Vida celebrado entre la Gobernación del estado Yaracuy y la Compañía Anónima de Seguros La Occidental, por haber él llevado a cabo, entre otras cosas lo siguiente: que asumió todos los gastos de trámites de correspondencia, seguimiento, reuniones, asambleas con los titulares y sus familiares; que

asumió con el consentimiento de la Compañía Anónima de Seguros La Occidental, el otorgamiento de cartas avals, reclamos, emergencias las 24 horas del día, los 7 días a la semana, en fin toda la documentación y gestión diligenciada con el objeto de brindarle a los asegurados y al colectivo, los servicios médicos solicitados en tiempo oportuno, todo esto con recursos propios de su representado; que su mandante gestionó, de manera exitosa, lo conducente para la obtención de la cuenta de seguro, lo cual se evidencia de las comunicaciones suscritas entre la Gobernación del estado Yaracuy y la Compañía Anónima de Seguros La Occidental; que luego del trabajo minucioso por parte de su representado, como intermediario de la Compañía Anónima de Seguros La Occidental y la Gobernación del estado Yaracuy, ésta última lo invitó a una reunión de trabajo con la finalidad de discutir, entre otras cosas, el aumento de la cobertura en un sesenta por ciento (60%), y luego en un cien por ciento (100%), por lo cual se acordó, como única condición, el pago inmediato de la prima anual por parte del tomador, así como el compromiso de la ampliación de los servicios ejecutivos previamente prestados por el corredor de la póliza, a los fines de que los trámites fueran más expeditos de lo que normalmente se venían realizando.

En virtud de los razonamientos precedentemente expuestos ha quedado claro para la Sala lo siguiente:

Conforme a lo señalado en el fallo recurrido, el demandante formuló una serie de alegatos en los que se afirma ser el intermediario en el contrato de HCM y Vida celebrado entre la Gobernación del estado Yaracuy y la Compañía Anónima de Seguros La Occidental, por haber él llevado a cabo una serie de gestiones, en razón de lo cual considera que tiene derecho al pago de la respectiva comisión y a otros conceptos adicionales; tema que por cierto es el centro del conflicto.

No obstante, según lo indicó la recurrida, la demandada se excepcionó señalando que el intermediario no era el actor, sino que el contrato lo gestionó y concluyó la demandada a través de su alta gerencia.

Ahora bien, la Sala considera que a los fines de dar cumplimiento a la primera norma prevista en el artículo 506 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con la jurisprudencia que sobre el particular fue citada *ut supra*, la parte demandada ha debido probar que fue ciertamente ella, a través de su alta gerencia, quien gestionó y concluyó el contrato de HCM y Vida, como lo afirmó en la contestación a la demanda, lo que es evidente para la Sala que no ocurrió, toda vez que, el sentenciador de alzada, como se deja ver del hecho controvertido fijado con la letra A en el fallo recurrido, del que habría de verificarse si los hechos narrados por el demandante “constituyen o no una intermediación del actor como corredor de seguros y por ende el derecho a cobro de la comisión”, así como también de los siguientes dos hechos fijados con las letras B y C, relevó a la demandada de probar su respectiva afirmación de hecho, determinando que era el actor quien debía hacerlo, señalando además que “ante el rechazo de la accionada de reconocer que dicho contrato lo gestionó y concluyó directamente ella, con su alta gerencia y no el accionante, pues la carga de la prueba de esa actividad de intermediación, es decir, la de probar que efectivamente a través de él fue que se celebró el contrato de seguros de marras, la tiene el actor”, obviando que al introducir la demandada un hecho nuevo en el que alega que ella fue quien directamente gestionó y concluyó el contrato a través de su alta gerencia, ha debido ser la demandada quien debía probar esas aseveraciones y no el demandante como se estableció en el fallo impugnado.

A lo que cabe preguntarse ¿Cómo fue la misma aseguradora quien atendió la cuenta si el contrato comenzó el 1º de enero de 2008 y terminaba el 31 de diciembre del mismo año, y la demandada alega que fue el 11 de julio de ese año designó a la Sociedad de Corretaje Vida y Patrimonio, Sociedad de Corretaje de Seguros, C.A. como su intermediario de seguros?

¿Quién hizo el trabajo antes de ganar la licitación y luego, desde el 1º de enero hasta el 11 de julio de 2008?

Si fue la alta gerencia como lo afirma la demandada ¿Dónde consta que esto fue así?

Y si el contrato se hizo por licitación, ¿por qué habría de designarse a uno u otro intermediario, si ya supuestamente el trabajo estaba hecho por la alta gerencia?

Si era necesario que se cumpliera el requisito administrativo de tener designado un intermediario, ¿Quién fue ese intermediario antes y durante los primeros seis meses del contrato? Si fue la aseguradora, ¿Dónde están las pruebas de que fue ella y no otro quien lo hizo?

Las respuestas a ello tendrían cabida de haberse establecido que la carga de la prueba correspondía a la demandada.

De manera que al haber quedado evidenciado que el sentenciador de alzada distribuyó ilegalmente la carga de la prueba, relevando a la demandada de su obligación e imponiéndola erradamente en cabeza del actor, determina que dejó de aplicar la primera norma que contempla el artículo 506 del Código de Procedimiento Civil, y por consiguiente vició la sentencia conforme fue denunciado por los formalizantes. Así se establece.

Estas interrogantes de la Sala son de suma relevancia, porque si el juez superior en su labor sentenciadora encuentra que la demandada no probó su afirmación, la balanza podría inclinarse en favor del demandante ratificándolo como el intermediario del contrato y por consiguiente, otorgar a éste el derecho al cobro de la respectiva comisión, dando lugar a modificar el dispositivo del fallo.

Con base en las consideraciones expuestas, la Sala concluye, que el juez ad quem infringió la primera norma prevista en el artículo 506 del Código de Procedimiento Civil, por falta de aplicación de la mencionada disposición legal. En consecuencia, se declara procedente la presente denuncia. Así se establece.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00800.

FECHA: 04 de junio de 2014.

PARTES: Sanitas Venezuela, S.A., contra la Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE).

.....
**TEMA: PODERES DEL JUEZ CONTENCIOSO
ADMINISTRATIVO**

Máxima: el juez goza de plenos poderes de decisión que le permiten apartarse de lo alegado y probado por las partes, pudiendo incluso declarar la nulidad de los actos sometidos a su consideración cuando ellos estuvieren afectados de inconstitucionalidad o ilegalidad, no estando sujeto, por consiguiente, al principio dispositivo regulado en el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil.

EXTRACTO:

Corresponde a este Alto Tribunal decidir la apelación interpuesta por los apoderados judiciales de la sociedad mercantil Sanitas Venezuela, S.A., contra la sentencia N° 2011-1750 de fecha 17 de noviembre de 2011, dictada por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, que declaró sin lugar el recurso de nulidad ejercido contra el acto administrativo emitido por el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), actual Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE), que le impuso sanción de multa. A tal efecto, se determina lo siguiente:

1- Alegaron los apoderados judiciales de la recurrente que la sentencia impugnada incurrió en el vicio de incongruencia positiva. En tal sentido

expusieron que “a pesar que la controversia no se circunscribía a determinar la nulidad de una cláusula contractual, sino la nulidad de una resolución dictada por el INDEPABIS, y a pesar que ni la denunciante ni el INDEPABIS solicitaron se decretara la nulidad del aparte 1.3 de la cláusula cuarta del contrato, la Corte, apartándose de los límites de la controversia y de las pruebas aportadas por las partes en el proceso, declaró que dicha cláusula contractual era nula, por abusiva, de conformidad con el artículo 87 de la LPCU”.

En lo que respecta a la incongruencia positiva, la misma se presenta bajo dos modalidades, a saber: *ultrapetita* y *extrapetita*.

La *extrapetita* constituye una incongruencia positiva porque el Juez no se limita a decidir sobre lo que fue objeto de la demanda, sino que se extralimita al resolver sobre petitorio no formulado, ajeno a lo pretendido. Distinto de este vicio de *extrapetita* es el de *ultrapetita*, en el que el juzgador decide lo pedido en proporción mayor a lo que se le requirió. Por ejemplo: cuando se demanda solo capital y el juez concede además intereses, o cuando se demanda posesión y el juez concede además la propiedad.

Este Máximo Tribunal ha precisado ambos vicios, delimitados por la doctrina, determinando que cuando el pronunciamiento establece un plus sobre lo demandado, hay *ultrapetita*; y cuando concede una cosa u objeto distinto a lo pretendido, hay *extrapetita*, porque se excede del *thema decidendum* yéndose a otro tema ajeno a la controversia propuesta por las partes.

No obstante lo anterior, este principio dispositivo por el cual se rige el derecho procesal civil encuentra su excepción en el proceso contencioso-administrativo, en el que el juez goza de plenos poderes de decisión que le permiten apartarse de lo alegado y probado por las partes, pudiendo incluso declarar la nulidad de los actos sometidos a su consideración cuando ellos estuvieren afectados de inconstitucionalidad o ilegalidad, no estando sujeto, por consiguiente, al principio dispositivo regulado en el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil (ver, entre otras, sentencia de esta Sala N° 194 del 26 de febrero de 2013).

En el fallo apelado se aprecia que el a quo, al momento de analizar y desestimar la denuncia de violación del derecho a la presunción de inocencia, aludió a que la cláusula cuarta numeral 1 aparte 1.3 del “contrato familiar de servicios de asistencia médica” (relativa a la exclusión de responsabilidad de la recurrente de cumplir con el servicio de atención médica ofrecido a sus usuarios cuando exista una enfermedad pre-existente), resultaba nula por abusiva de conformidad con lo previsto en el artículo 87 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario de 2004, aplicable *ratione temporis*.

En el caso de autos se aprecia que si bien la nulidad de la cláusula en referencia no fue formulada por las partes, no obstante tal declaratoria -a juicio de esta Sala- no da lugar a identificarla como una extralimitación de los términos del debate procesal, ya que dicha nulidad surgió como consecuencia del análisis de la denuncia que planteó la recurrente y en acatamiento de lo expresamente previsto en la Ley aplicable, luego de que el a quo estimara que dicha cláusula resultaba abusiva para los usuarios de la recurrente.

De modo que al tratarse de una nulidad que opera de pleno derecho, el pronunciamiento del juzgado a quo declarándola no constituye que hubiere incurrido en el vicio denunciado, esto es, incongruencia positiva, y en consecuencia debe considerarse improcedente el vicio alegado (ver sentencia de esta Sala N° 1.166 del 21 de septiembre de 2011). Así se decide.

.....

TEMA: ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Máxima: se entiende por enfermedad preexistente un padecimiento cuya existencia pueda comprobarse antes de la celebración del contrato, siempre y cuando sea conocido por el beneficiario. Cuando se alegue tal preexis-

tencia esta deberá ser probada, por lo cual el asegurado se encontrará en la obligación de someterse a los exámenes médicos necesarios para tales fines.

Máxima: si una empresa de seguros arguye una enfermedad preexistente del asegurado, deberá probar tal circunstancia, por lo cual el asegurado está obligado a someterse a los exámenes que le sean solicitados por la empresa y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero, en caso de probarlo, adicionalmente la aseguradora deberá demostrar que la enfermedad era conocida por el asegurado.

EXTRACTO:

Advertido lo anterior, considera la Sala necesario transcribir la cláusula cuarta numeral 1 aparte 1.3 del contrato familiar de servicios de asistencia médica, la cual es del tenor siguiente:

“CLAUSULA CUARTA. - EXCLUSIONES O LIMITACIONES CONTRACTUALES:

1. SANITAS, excluye expresamente la prestación de servicios en los siguientes casos:

(...)

1.3 Enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación de un usuario al contrato, declaradas o no, conocidas o no por el usuario, así como aquellas que puedan derivarse de éstas, sin perjuicio de que se puedan diagnosticar durante la ejecución del contrato, sobre bases científicas sólidas. EL CONTRATANTE en nombre propio y en el de los usuarios en cuyo favor estipula y/o cada uno de estos o sus Representantes Legales, o el titular de cada grupo familiar deben manifestar al momento de suscribir la solicitud de afiliación, si padecen o han padecido afecciones, lesiones o enfermedades recidivas o que requieran o hubieran requerido estudios, investigaciones

o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación a base de medicamentos u otros agentes externos.

Expresándolo así, la afección se tendrá como preexistente y, en consecuencia, ajena las prestaciones contractuales pactadas. En ese caso de preexistencia, SANITAS, se reserva el derecho de aceptar o de negar el ingreso del usuario en cuestión o del grupo de usuarios, y aceptándolo se entenderá incorporado al contrato la cláusula de EXENCIÓN para SANITAS, en cuanto a la prestación de servicios relativos a la preexistencia o afecciones derivadas de la misma, respecto de las declaradas y de las que se llegaren a determinar con posterioridad.

En anexo que forma parte integral del contrato, se incluyen las preexistencias y demás exclusiones de cada usuario en particular, identificadas inicialmente, sin perjuicio de su actualización con las que se identifiquen sobre bases científicas sólidas durante la ejecución del contrato” (resaltado del texto).

La referida cláusula prevé la posibilidad de que la recurrente se excluya de su responsabilidad de prestar los servicios médicos pactados con sus usuarios cuando considere que está en presencia de cualquier enfermedad pre-existente a la fecha de afiliación del usuario al contrato, aun cuando tal padecimiento no haya sido declarado o conocido por el usuario al momento de afiliarse.

En este sentido se observa que el artículo 116 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros, define lo que es la enfermedad preexistente, en los siguientes términos:

“Artículo 116. Se entiende por preexistencia toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado un Contrato de Seguros de hospitalización, cirugía y maternidad y que sea conocida por el tomador, el asegurado o el beneficiario. Salvo pacto en contrario los contratos de seguros no cubren las enfermedades preexistentes.

Cuando la empresa de seguros alegue que una determinada en-

fermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente". (negrillas de esta Sala).

Dicha norma establece lo que se entiende por enfermedad preexistente, la cual consiste en un padecimiento cuya existencia pueda comprobarse antes de la celebración del contrato, siempre y cuando sea conocido por el beneficiario; asimismo, indica la norma que cuando se alegue tal preexistencia esta deberá ser probada, por lo cual el asegurado se encontrará en la obligación de someterse a los exámenes médicos necesarios para tales fines.

En tal sentido ha sido criterio de esta Sala, en casos análogos al de autos, que si una empresa de seguros arguye una enfermedad preexistente del asegurado, deberá probar tal circunstancia, por lo cual el asegurado está obligado a someterse a los exámenes que le sean solicitados por la empresa y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero, en caso de probarlo, adicionalmente la aseguradora deberá demostrar que la enfermedad era conocida por el asegurado (ver, entre otras, sentencia de esta Sala N° 35 de fecha 17 de enero de 2007).

Atendiendo a lo expuesto se estima, conforme lo determinó el a quo, que la transcrita cláusula cuarta numeral 1 aparte 1.3 del contrato familiar de servicios de asistencia médica, suscrito entre la denunciante y la actora, constituye una cláusula abusiva, pues excluye injustamente a la recurrente de su responsabilidad de prestar el servicio médico pactado con sus usuarios cuando de manera unilateral considere que está en presencia de cualquier enfermedad pre-existente a la fecha de afiliación del usuario al contrato, sin importar si tal padecimiento fue declarado o conocido por el usuario al momento de afiliarse.

Por tal motivo esta Sala determina, tal como lo mencionó el a quo, que

cuando el referido contrato establece una forma genérica de precisar la preexistencia de la enfermedad a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, esta exclusión prosperará cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación, o en su defecto la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de detectar la existencia o no de padecimiento alguno. De allí que de conformidad con lo expuesto se desestima la presente denuncia (ver sentencia N° 1.001 del 21 de julio de 2011). Así se declara.

.....

TEMA: PRUEBA (COPIA SIMPLE)

Máxima: las copias fotográficas, fotostáticas o reproducidas por cualquier medio mecánico se reputarán como fidedignas siempre y cuando: a) se trate de copias de documentos públicos o privados reconocidos (no simplemente privados); b) sean producidas con la demanda, su contestación o en el lapso de promoción de pruebas, o que cuenten con la aceptación expresa de la contraparte, si son producidas en un momento distinto a los anteriores; c) no sean impugnadas por la contraparte en los lapsos señalados en la norma; y d) sean legibles.

EXTRACTO:

3- Alegaron los apoderados judiciales de la recurrente que en el fallo impugnado se incurrió en error de juzgamiento debido a que se determinó erróneamente que SANITAS incumplió la obligación prevista en el artículo 18 de la Ley Protección al Consumidor y al Usuario, aplicable *ratione temporis*, de prestar el servicio en forma continua, regular y eficiente. Que “La enfermedad cardiovascular que el ciudadano Maximiliano Oraa Elías padecía se demostró que era preexistente ya que remitió una comunicación a SANITAS en fecha 10 de febrero de 2002, mediante la cual sugirió co-

municarse con el Dr. Ramón Cedeño Ecarri a fin de obtener información sobre la “enfermedad coronaria, desde el año 1994 hasta la fecha”; de la cual igualmente se desprende que tenía conocimiento de esa enfermedad previo a la afiliación al contrato”.

Establecen los artículos 18 y 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario de 2004, aplicables *ratione temporis*, lo siguiente:

“Artículo 18. Las personas naturales y jurídicas que se dediquen a la comercialización de bienes y a la prestación de servicios públicos, como las instituciones bancarias y otras instituciones financieras, las empresas de seguros y reaseguros, las empresas operadoras de las tarjetas de crédito, cuyas actividades están reguladas por leyes especiales, así como las empresas que presten servicios de interés colectivo de venta y abastecimiento de energía eléctrica, servicio telefónico, aseo urbano, servicio de venta de gasolina y derivados de hidrocarburos y los demás servicios, están obligados a cumplir todas las condiciones para prestarlos en forma continua, regular y eficiente”.

“Artículo 92. Los proveedores de bienes o servicios, cualquiera sea su naturaleza jurídica, incurrirán en responsabilidad civil y administrativa, tanto por los hechos propios como por los de sus dependientes o auxiliares, permanentes o circunstanciales, aun cuando no tengan con los mismos una relación laboral”.

Las normas antes transcritas establecen el deber de los proveedores de bienes y servicios allí descritos a cumplir con todas las condiciones necesarias para prestarlos en forma continua, regular y eficiente, so pena de incurrir en responsabilidades de naturaleza civil y administrativa.

Se observa del libelo que en fecha 6 de diciembre de 2001 la ciudadana Leida Pereira de Oraa (C.I. 5.385.911) contrató para ella y su familia los servicios de asistencia médica ofrecidos por la recurrente, que el 4 de abril

de 2006 el usuario Maximiliano Oraa Elías (esposo de la referida ciudadana) ingresó al Hospital Metropolitano del Norte de la ciudad de Valencia Estado Carabobo por presentar “Dolor torácico: Disfunción Respiratoria Cardiopatía Isquémica Crónica, Arritmia ventricular”, y que el 11 de abril de 2006 la recurrente le comunicó que “el contrato había sido rescindido por cuanto existió omisión de información durante el proceso de afiliación al servicio”.

Asimismo se observa que por lo anterior la ciudadana Leida Pereira de Oraa el 26 de abril de 2006 denunció a la recurrente ante el entonces denominado Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) en el Estado Carabobo, en donde la accionante sostuvo que “La enfermedad era crónica y por lo tanto preexistente”, y por lo tanto que no le correspondía el pago de los gastos médicos y de hospitalización que correspondieron por el tratamiento de las afectaciones de salud de su esposo.

Ahora bien, la parte recurrente adujo como fundamento de su apelación que había sido demostrada la preexistencia de la enfermedad que padecía el usuario Maximiliano Oraa Elías (esposo de la denunciante) a través de una comunicación que dicho usuario le había remitido, para lo cual se observa que consta en actas copia simple de comunicación de fecha 10 de febrero de 2002, emitida aparentemente por Maximiliano Oraa Elías y dirigida a SANITAS DE VENEZUELA, en donde se expone lo siguiente: “A todos los efectos de mi hospitalización en la Clínica Metropolitana del Norte desde el 14-12-2001 al 21-12-2001, el Dr. Ramón Cedeño Ecarri, quien es mi Médico internista y forma parte del equipo médico de Sanitas, puede suministrarle cualquier información sobre mi enfermedad coronaria, desde el año 1994 hasta la fecha” (sic).

Respecto a la aludida copia simple es de observar que el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil, establece:

“Artículo 429. Los instrumentos públicos y los privados reconoci-

dos o tenidos legalmente por reconocidos, podrán producirse en juicio originales o en copia certificada expedida por funcionarios competentes con arreglo a las leyes.

Las copias o reproducciones fotográficas, fotostáticas o por cualquier otro medio mecánico claramente inteligible, de estos instrumentos, se tendrán como fidedignas si no fueren impugnadas por el adversario, ya en la contestación de la demanda, si han sido producidas con el libelo, ya dentro de los cinco días siguientes, si han sido producidas con la contestación o en el lapso de promoción de pruebas. Las copias de esta especie producidas en cualquier otra oportunidad, no tendrán ningún valor probatorio si no son aceptadas expresamente por la otra parte.

La parte que quiera servirse de la copia impugnada, podrá solicitar el cotejo con el original, o a falta de éste con una copia certificada expedida con anterioridad a aquélla. El cotejo se efectuará mediante inspección ocular o mediante uno o más peritos que designe el Juez, a costa de la parte solicitante. Nada de esto obstará para que la parte produzca y haga valer el original del instrumento o copia certificada del mismo si lo prefiere”.

De conformidad con la norma transcrita, las copias fotográficas, fotostáticas o reproducidas por cualquier medio mecánico se reputarán como fidedignas siempre y cuando: a) se trate de copias de documentos públicos o privados reconocidos (no simplemente privados); b) sean producidas con la demanda, su contestación o en el lapso de promoción de pruebas, o que cuenten con la aceptación expresa de la contraparte, si son producidas en un momento distinto a los anteriores; c) no sean impugnadas por la contraparte en los lapsos señalados en la norma; y d) sean legibles (ver, entre otras, sentencia de esta Sala N° 1.690 del 7 de diciembre de 2011).

Al respecto, visto que el documento a que hace referencia la apelante no se trata del tipo de documentos a los que el legislador ha querido dar valor probatorio cuando hubiesen sido consignados en fotocopias, el mismo tiene el valor de indicio, el cual debe adminicularse con otro medio pro-

batorio para poder establecer el hecho que se pretende demostrar, lo cual no ocurrió en autos (ver sentencias de esta Sala números 1.082 del 22 de julio de 2009 y 240 del 12 de marzo de 2013).

De manera que al no constar en autos que la recurrente haya probado la preexistencia de la enfermedad alegada y que el beneficiario tuviera conocimiento de tal preexistencia al momento de afiliarse, se colige que la accionante incumplió con el “contrato familiar de servicios de asistencia médica”, al no haber prestado los servicios médicos pactados al usuario Maximiliano Oraa Elías (esposo de la denunciante), lo cual constituye una prestación ineficiente del servicio que contraría lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario de 2004, aplicable *ratione temporis*, que genera responsabilidades de tipo civil y administrativo de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 92 *eiusdem*. Por tal razón esta Alzada concluye que en el caso de autos no hubo error de juzgamiento por errónea interpretación de los hechos por parte del a quo (ver sentencia de esta Sala N° 195 del 8 de marzo de 2012). Así se decide.

.....

TEMA: INDEMNIZACIÓN (LAPSO)

Máxima: la Ley ordena al Superintendente de la Actividad Aseguradora que oficie a la empresa de medicina prepagada, a los fines de que esta remita informe a dicho órgano de control, acerca del cumplimiento de la obligación establecida en el artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora, el cual establecía que: “(...) las empresas de seguros o de medicina prepagada estarán obligadas a hacer efectivas las indemnizaciones antes del vencimiento del referido lapso, so pena de incurrir en responsabilidad administrativa por retardo en el cumplimiento de sus obligaciones”.

EXTRACTO:

En atención a lo expuesto, desestimadas como fueron las denuncias ejercidas contra la sentencia impugnada, debe la Sala declarar sin lugar la apelación, y en consecuencia, confirma el fallo N° 2011-1750 de fecha 17 de noviembre de 2011, dictado por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, que declaró sin lugar el recurso de nulidad ejercido contra el acto administrativo emitido por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), actual Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE), que impuso sanción de multa. Así se determina.

Declarado sin lugar el recurso de apelación ejercido en el caso de autos y en consecuencia, confirmado el fallo proferido por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, con lo cual queda reconocido implícitamente el derecho de la denunciante a la cobertura del siniestro o al pago, por vía de reembolso, de los gastos en los cuales haya podido incurrir como consecuencia del tratamiento y hospitalización de su esposo, debe la Sala con fundamento en el artículo 2 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, conforme al cual Venezuela se constituye en un “Estado democrático y social de Derecho y de Justicia”, en concordancia con el artículo 3 eiusdem y con los artículos 1, 7, numeral 17, 129 y 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora (publicada en Gaceta Oficial N° 5.990 Extraordinario, de fecha 29 de julio de 2010), ordenar al Superintendente de la Actividad Aseguradora que oficie a la sociedad mercantil Sanitas Venezuela, S.A., a los fines de que esta remita informe a dicho órgano de control, acerca del cumplimiento de la obligación establecida en el mencionado artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora, el cual a la letra reza lo siguiente:

“Artículo 130: Los tomadores, asegurados o beneficiarios de los seguros y los contratantes de planes o servicios de salud de medicina prepagada, tienen derecho a recibir la indemnización que le corresponda, en un lapso que no exceda de treinta días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que se haya entrega-

do el último recaudo o del informe de ajuste de pérdidas, si fuese el caso. En consecuencia, las empresas de seguros o de medicina prepagada estarán obligadas a hacer efectivas las indemnizaciones antes del vencimiento del referido lapso, so pena de incurrir en responsabilidad administrativa por retardo en el cumplimiento de sus obligaciones.

Igualmente tienen derecho a ser notificados por escrito dentro del lapso antes señalado, de las causas de hecho y de derecho que justifican el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida. El incumplimiento de la obligación aquí descrita, por parte de los sujetos regulados, generará la correspondiente responsabilidad administrativa por rechazo genérico.

Se entiende que las empresas de seguros o de medicina prepagada han eludido el cumplimiento de sus obligaciones cuando exista falta de pago o ausencia de respuesta ante la solicitud de pago de las coberturas previstas en una determinada póliza; cuando utilicen artificios para no asumir su responsabilidad.

Lo dispuesto en el presente artículo aplicará igualmente en los casos de fianzas emitidas por empresas de seguros autorizadas para ello.

En los casos de rechazo o elusión los sujetos regulados a que se refiere este artículo, tienen la obligación de probar la improcedencia del reclamo”.

Recibido el informe correspondiente de parte de la referida sociedad prestadora de servicios de asistencia médica, el Superintendente enviará a la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo copia certificada del mismo, así como una exposición sucinta de las acciones de control practicadas, a los fines de hacer efectivo el derecho reconocido por la ley a la beneficiaria. Todo en razón del interés general representado “por los derechos y garantías de los tomadores, asegurados y beneficiarios de los contratos de seguros, de reaseguros, los contratantes de los servicios de medicina prepagada”, cuya tutela reposa en cabeza de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, según lo preceptuado en el artículo 1 de

la Ley de la Actividad Aseguradora (ver sentencias de esta Sala números 195 del 8 de marzo de 2012, 835 del 11 de julio de 2012 y 1.214 del 24 de octubre de 2012). Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Constitucional.

SENTENCIA: 694.

FECHA: 12 de junio de 2014.

PARTES: C.N.A de Seguros La Previsora contra Jairo Vicente Álvarez Morillo.

.....

TEMA: EXONERACIÓN DE LAS EMPRESAS DE SEGUROS DE MANERA TOTAL Y PERMANENTE DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO EN LA ENTREGA DE LOS RECAUDOS NECESARIOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO

Máxima: no se considera ajustado a la realidad que las compañías puedan eximirse de la responsabilidad de indemnizar por el transcurso del tiempo, en virtud que los contratos de seguros establecen que el asegurado, tomador o beneficiario, deberán proporcionar al asegurador, dentro del plazo convenido siguientes a la fecha del aviso del siniestro, los recaudos pertinentes que la empresa razonablemente pueda exigir para proceder a la correspondiente indemnización o no del siniestro ocurrido; sin embargo, cuando el asegurado por causa extraña que no le sea imputable, no pueda entregar algún recaudo solicitado, y sea conocido por todos que la tramitación del mismo constituye un trámite administrativo cuya expedición escapa de la voluntad del asegurado, salvo que se demuestre negligencia de su parte;

es deber del sujeto regulado diferir el pago hasta tanto el asegurado entregue todos y cada uno de los recaudos necesarios, pero no exonerarse de manera total y permanente del pago de la indemnización a la cual estaba contractualmente obligada.

EXTRACTO:

(...) La Compañía quedará relevada de la obligación de indemnizar si el Asegurado incumpliere cualesquiera de las obligaciones establecidas en la Cláusula anterior, a menos que el incumplimiento se deba a causa de fuerza mayor u otra que no lo constituya responsable.

En atención a lo antes transcrito, y si bien la consignación del documento de registro constituye un requisito esencial para el pago de la indemnización por pérdida total, dado que el asegurado tiene el deber de transmitir al asegurador la propiedad del bien asegurado como consecuencia del pago de la indemnización, no obstante no se considera ajustada a la realidad que las compañías puedan eximirse de la responsabilidad de indemnizar por el transcurso del tiempo, máxime si para todos es conocido que ello constituye un trámite administrativo cuya expedición escapa de la voluntad del asegurado, salvo que se demuestre negligencia de su parte.

Por otra parte observa también esta juzgadora que, la empresa aseguradora aceptó celebrar el contrato de seguro con la factura de adquisición y el certificado de origen, por lo que luego no puede excepcionarse del pago de la indemnización, por no haber presentado el asegurado dentro de los quince (15) días siguientes, el título expedido por la autoridad administrativa, cuando constituye un hecho admitido que el asegurado cumplió con la obligación de pagar la prima, dar aviso al asegurador dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes y de suministrar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de aviso del siniestro, un informe escrito relativo a todas las circunstancias del siniestro.

Por último, observa esta juzgadora que, el actor acompañó a su libelo de demanda, carta por medio del cual el Gerente de Ventas de la firma mercantil Nakai Motor` sC.A., hace constar que el ciudadano Jairo Vicente Álvarez, adquirió de su empresa el vehículo asegurado; así como la copia simple del certificado de registro de vehículo expedido en fecha 05 de junio de 2009, por el Instituto Nacional de Tránsito y Transporte Terrestre, los cuales constituyen a juicio de esta juzgadora, una demostración de que el actor realizó las diligencias necesarias para la obtención del documento indispensable para el reclamo del pago del siniestro por indemnización total del vehículo, por lo que la expedición o no dentro de los quince (15) días siguientes a la comunicación, no es un hecho que le sea imputable. Con base a las anteriores consideraciones, esta juzgadora considera que la empresa debió diferir el pago hasta tanto el asegurado entregara todos y cada uno de los recaudos necesarios, pero no exonerarse de manera total y permanente del pago de la indemnización a la cual estaba contractualmente obligada.



En el presente caso se pretende la revisión del fallo que dictó el Juzgado Superior Tercero en lo Civil, Mercantil y del Tránsito de la Circunscripción Judicial del Estado Lara, en fecha 13 de enero de 2012, mediante el cual declaró: (i) con lugar el recurso de apelación interpuesto en fecha 20 de junio de 2011, por el abogado Miguel Adolfo Anzola Crespo, en su carácter de apoderado judicial de la parte actora, ciudadano Jairo Vicente Álvarez Morillo, contra la sentencia definitiva dictada el 29 de abril de 2011, por el Juzgado Tercero del Municipio Iribarren de la Circunscripción Judicial del Estado Lara; (ii) parcialmente con lugar la demanda por cumplimiento de contrato, interpuesta por el ciudadano Jairo Vicente Álvarez Morillo contra la Compañía Nacional Anónima de Seguros La Previsora; (iii) en consecuencia, se condena a la Compañía Nacional Anónima de Seguros La Previsora, a pagar al ciudadano Jairo Vicente Álvarez Morillo, el setenta y cinco por ciento (75%), de la cobertura total de la póliza, previa deducción de lo que corresponda al Banco de Venezuela, por concepto del contrato de venta con reserva de dominio; y, (iv) no hay condenatoria en

costas del juicio por no haber vencimiento total, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 274 del Código de Procedimiento Civil.



Igualmente, la sentencia, objeto de la presente solicitud expresó que la cláusula quinta del contrato de seguro establece que el asegurado, tomador o beneficiario, deberá proporcionar al asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha del aviso del siniestro, los recaudos pertinentes que ella razonablemente pueda exigir; y, al analizar dicha cláusula a la luz de las disposiciones establecidas en el Decreto con Rango y Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, y de los dictámenes de la Superintendencia de Seguros, concluyó que, si bien la consignación del documento de registro constituye un requisito esencial para el pago de la indemnización, no obstante, no se considera ajustado a la realidad que las compañías puedan eximirse de la responsabilidad de indemnizar por el transcurso del tiempo, “máxime si para todos es conocido que ello constituye un trámite administrativo cuya expedición escapa de la voluntad del asegurado, salvo que se demuestre negligencia de su parte”.



De esta forma, en relación al alegato esgrimido por el apoderado judicial de los solicitantes, específicamente sobre el hecho que la sentencia objeto de revisión incurrió en el vicio de incongruencia omisiva, por cuanto llegó a conclusiones a través de argumentos no alegados por la parte actora, observa esta Sala que, en el caso “sub iudice”, la sentencia que emitió el Juzgado Superior Tercero en lo Civil, Mercantil y del Tránsito de la Circunscripción Judicial del Estado Lara, objeto de revisión, conoció en alzada el pronunciamiento judicial que emitió, el 29 de abril de 2011, el Juzgado Tercero del Municipio Iribarren de la misma Circunscripción Judicial, en la cual declaró con lugar la apelación, y declaró parcialmente con lugar la demanda, y para ello entró a analizar las pruebas promovidas por las partes y concluyó que la empresa de seguros, en el presente caso, debió diferir el pago hasta tanto el asegurado entregara todos y cada uno de los recaudos necesarios, pero no exonerarse de manera total y permanente del pago de

la indemnización a la cual estaba contractualmente obligada; y, a su vez, expresó que a la parte actora no le correspondía la totalidad del pago de la indemnización, dada la existencia de un beneficiario preferencial.

De esta manera, en atención de lo señalado, la Sala no comprueba la existencia de las violaciones constitucionales alegadas por la solicitante. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01022.

FECHA: 02 de julio de 2014.

PARTES: Multinacional de Seguros C.A., contra el Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública.

.....

TEMA: OBLIGACIÓN DE LAS EMPRESAS DE SEGURO DE NOTIFICAR POR ESCRITO A LOS BENEFICIARIOS LOS MOTIVOS POR LOS CUALES RECHAZA LAS COBERTURAS DEL SINIESTRO

Máxima: la ley establece que las empresas de seguros no podrán rechazar los siniestros con argumentos genéricos estando obligadas a notificar por escrito dentro del plazo indicado, a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas los motivos que aleguen para considerar un siniestro como no cubierto.

Máxima: ha sido criterio reiterado de la Sala que la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en la Ley.

Máxima: resulta obligatorio para la aseguradora fundamentar de manera expresa las negativas a las solicitudes que le hagan con relación a las pólizas contratadas, no sólo a los efectos de que la Administración pueda determinar si la respuesta negativa cumple con los extremos de ley, sino también para garantizarle la defensa adecuada al beneficiario, beneficiaria o titular de la póliza.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala Político-Administrativa emitir pronunciamiento con relación al recurso de nulidad ejercido por la sociedad mercantil Multinacional de Seguros, C.A., contra la Resolución N° 2.753 de fecha 7 de septiembre de 2010, dictada por el Ministro del Poder Popular de Planificación y Finanzas, ahora Ministro del Poder Popular para la Economía, Finanzas y Banca Pública, que declaró sin lugar el recurso jerárquico ejercido el 11 de mayo de 2010 contra la Providencia Administrativa N° FSS-2-3-001153 del 22 de abril del referido año, emanada de la Superintendencia de Seguros (hoy, Superintendencia de la Actividad Aseguradora), a través de la cual se declaró sin lugar el recurso de reconsideración interpuesto contra la Providencia Administrativa N° FSS-2-2-000154 de fecha 8 de enero de 2010, que le impuso la sanción de multa por la cantidad de veintiocho mil doscientos setenta y cuatro bolívares (Bs. 28.274,00), por haber incurrido en el supuesto de elusión previsto y sancionado en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, aplicable *ratione temporis*, para lo cual observa:

Alegó la empresa recurrente que el acto administrativo impugnado adolece del vicio de falso supuesto de hecho y de derecho, por cuanto el entonces Ministro del Poder Popular de Economía y Finanzas “interpretó de manera errónea” el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros aplicable *ratione temporis*, toda vez que el supuesto de elusión se configura cuando “la empresa aseguradora rechaza o elude el cumplimiento de

sus obligaciones con respecto a sus asegurados, sin mediar causa justificada y valiéndose de artificios o artimañas, lo cual no ocurrió en el caso que nos ocupa, toda vez que en primer lugar la patología presentada por [la denunciante] se encontraba dentro de un anexo de exclusión de la póliza por ella contratada, razón por la cual era imposible otorgar una carta aval y mucho mas negar un siniestro que no había ocurrido para la fecha”.

Precisó que ciertamente un siniestro debe rechazarse por escrito cuando no es procedente, sin embargo en el presente caso no podía otorgar la carta aval “ya que la patología no estaba cubierta por la póliza de seguros contratada, razón por la cual era más que imposible otorgarla ergo jamás llegó a nacer obligación alguna que [su] representada pudiera eludir.”

Según criterio reiterado de esta Sala, el vicio de falso supuesto tiene lugar cuando la Administración para dictar un acto, se fundamenta en hechos inexistentes, o que ocurrieron de manera distinta a la apreciación efectuada por el órgano administrativo o cuando la Administración se apoya en una norma que no resulta aplicable al caso concreto, lo cual afecta la causa del acto administrativo y acarrea su nulidad requiriéndose, así, examinar si la configuración del acto se adecuó a las circunstancias de hecho probadas en el expediente administrativo, de manera que sean congruentes con el supuesto previsto en la norma legal (ver, entre otras, sentencias de esta Sala Nos. 930 y 0095 del 29 de julio de 2004 y 6 de febrero de 2013, respectivamente).

En el presente caso, del contenido de la Resolución recurrida se evidencia que el Ministro del Poder Popular de Planificación y Finanzas declaró sin lugar el recurso jerárquico ejercido por la recurrente contra la Providencia Administrativa N° FSS-2-3-001153 del 22 de abril de 2010, bajo el fundamento de que la cláusula 13 de la póliza de seguros suscrita por las partes establece que Multinacional de Seguros, C.A., “estaba obligada a notificar por escrito dentro del plazo indicado a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas los motivos que aleguen para considerar un siniestro como no cubierto”.

Igualmente el acto administrativo impugnado señala que el artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguros establece la obligación para las empresas aseguradoras de “aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza, por lo que ante la exigencia de la carta aval realizada por la ciudadana Thaisgiri Goncalves, la empresa (...) debía responder su requerimiento oportunamente, informándole la improcedencia de la solicitud por ella realizada. Sin embargo no hay documento alguno en el expediente administrativo que demuestre la notificación de rechazo de la carta aval realizado por la compañía Multinacional de Seguros, C.A.”

Conforme a las precedentes consideraciones, resulta pertinente señalar en cuanto al argumento de la sociedad mercantil accionante quien aduce la errónea aplicación del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros (publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 4.882 Extraordinario del 23 de diciembre de 1994, aplicable *ratione temporis*, hoy Ley de la Actividad Aseguradora publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010), que dicha disposición legal establece lo siguiente:

“Artículo 175. Las empresas de seguros que sin causa justificada, a juicio del Superintendente de Seguros, eludan o retarden el cumplimiento de sus obligaciones frente a sus contratantes, asegurados o beneficiarios, serán sancionados de acuerdo con la gravedad de la falta, con multa comprendida entre cien mil bolívares (Bs. 100.000,00) y el equivalente en bolívares a quinientos (500) salarios mínimo urbano; sin perjuicio de que le sea suspendida temporalmente la licencia o revocada la autorización para actuar en el ramo donde ocurra la demora.

(...)

Parágrafo Segundo: Las empresas de seguros dispondrán de un plazo máximo de treinta (30) días hábiles para pagar los siniestros cubiertos, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya en-

tregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro. La Superintendencia de Seguros podrá autorizar, mediante Resolución motivada y por vía de excepción, pactos en contrario al plazo indicado, en los casos de pólizas que por sus particulares características a su juicio así lo requieran.

(...)

Parágrafo Cuarto. Las empresas de seguros no podrán rechazar los siniestros con argumentos genéricos estando obligadas a notificar por escrito dentro del plazo indicado, a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas los motivos que aleguen para considerar un siniestro como no cubierto”. (Resaltado de la Sala).

Respecto a la interpretación del referido artículo, esta Sala ha dispuesto en anteriores oportunidades (ver, entre otras, sentencias números 3.683 del 2 de junio de 2005, 890 del 17 de junio de 2009 y 378 del 5 de mayo de 2010) lo siguiente:

“...puede colegirse que el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros de 1994, prevé tres tipos sancionatorios distintos, configurados por: 1. La elusión de las obligaciones a cargo de la aseguradora frente a los contratantes, asegurados o beneficiarios, como por ejemplo la de pagar las coberturas previstas en los contratos de seguros ante la ocurrencia del riesgo previsto, o la de notificar motivadamente su negativa de pago de dichas coberturas; 2. El retardo en el cumplimiento de las referidas obligaciones; y 3. El rechazo de los siniestros reclamados mediante argumentos genéricos. (Destacado de esta Sala).

Así, la falta de pago o la ausencia de respuesta ante la solicitud de cancelación de las coberturas previstas en una determinada póliza, se subsumiría en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas a cargo de la aseguradora, pues implicaría el incumplimiento del deber de notificar por escrito o de pagar las indemnizaciones debidas; en tanto que, la respuesta o el pago fuera del plazo de

treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro, se subsumiría en el supuesto de retardo sancionado por la norma y, por último, la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo parágrafo cuarto del artículo en comento”. (Negrillas de la Sala).

De lo anterior se deriva que el transcrito artículo 175 eiusdem - a diferencia de lo expuesto por la recurrente- prevé que las aseguradoras podrán incurrir en elusión cuando evadan la obligación que tienen con los asegurados de comunicarles motivadamente y por escrito la improcedencia del requerimiento que efectúen.

En concatenación con lo anterior debe destacarse que lo establecido en el citado artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros ha sido reforzado con lo consagrado en el artículo 21 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro (publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nº 5.553 Extraordinario de fecha 12 de noviembre de 2001), cuyo contenido es el siguiente:

“Artículo 21. Son obligaciones de las empresas de seguros:

1. Informar al tomador, mediante la entrega de la póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, cualquier duda que éste le formule.
2. Pagar la suma asegurada o la indemnización que corresponde en caso de siniestro en los plazos establecidos en este Decreto Ley o rechazar, mediante escrito debidamente motivado, la cobertura del siniestro”. (Destacado de la Sala).

De acuerdo a lo previsto en el citado artículo del Decreto con Fuerza de

Ley del Contrato de Seguro, las empresas de seguros están en la obligación de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza y de pagar la indemnización correspondiente o rechazarla mediante escrito motivado en el lapso legalmente establecido.

Ahora bien, en el caso concreto se constata -conforme a lo alegado en el escrito recursivo por la propia actora-, que la ciudadana Thaisgiri Goncalves Rodríguez, ya identificada, era beneficiaria de la póliza individual N° 0034-001-064848 contratada por su hijo Manuel E. Goncalves, con vigencia del 21 de diciembre de 2007 hasta el 21 de diciembre de 2008, sin plazos de espera y con cobertura para enfermedades preexistentes y congénitas por venir del colectivo, es decir, bajo el beneficio de conversión y continuidad. Sin embargo, la empresa recurrente aduce que era imposible otorgar una carta aval para una patología que se encontraba “dentro de un anexo de exclusión de la póliza”, además afirma que era imposible negar por escrito un siniestro que no había ocurrido a la fecha de la solicitud, por lo que precisa que “jamás llegó a nacer obligación alguna que [su] representada pudiera eludir”.

De la revisión del expediente y del acto administrativo impugnado se observa que la circunstancia que dio origen a la imposición de la sanción recurrida, fue la inexistencia de documento alguno que demuestre la notificación de rechazo de la carta aval por parte de Multinacional de Seguros, C.A.

Con relación al punto controvertido, debe precisarse que contrario a lo señalado por la accionante, el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros aplicable *ratione temporis*, sí exige que el rechazo al siniestro o la negativa de lo solicitado por el beneficiario o titular de la póliza se haga por escrito y de manera razonada, pues según la interpretación de la norma, realizada por esta Sala en la decisión anteriormente transcrita, “... la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo parágrafo cuarto del artículo en comento...”.

En efecto, se desprende del expediente administrativo, (folio 67) que el corredor de Seguros ciudadano Nelson Brito, solicitó en fecha 16 de julio de 2008 a la empresa Multinacional de Seguros lo siguiente:

“por medio de la presente me dirijo a usted, con la finalidad de expresarle una duda acerca de la emisión de la póliza 34-01-64849, por la cual le pusieron un anexo de exclusión por la patología presentada en el colectivo de Venevisión al pasar un poco tiempo de haberse hecho la operación del hombro bajo esta póliza colectiva, la asegurada presenta infección del hombro por mala praxis médica, ahora destaco lo siguiente si la patología fue asumida por la misma Compañía el por que del anexo de exclusión, ya que están negando la carta aval que el asegurado necesita para resarcir el daño producido en la clínica”. (Sic).

Por su parte, la denuncia realizada ante la Superintendencia de Seguros por la beneficiaria de la póliza la cual corre inserta a los folios 69 y 70 del expediente administrativo, se desprende lo siguiente:

“(…) fui operada el 29 de junio de 2007 (...) de Bursitis rotura de manguito rotador y síndrome de pinzamiento, operación cubierta por Multinacional de Seguros con la póliza adquirida por el colectivo de Venevisión, siendo el titular de la misma mi hijo, quien laboraba para el momento en Corporación Digitel.

Desde el momento en que salí de quirófano presenté fuerte dolor el cual ha sido constante hasta la fecha (...) siendo el antepenúltimo médico el que detectara una INFECCIÓN ÓSEA, remitiéndome al especialista del área (...).

He aquí donde se presenta el inconveniente por el cual me dirijo a ustedes ya que la empresa aseguradora (Multinacional de Seguros) le comunica al corredor verbalmente que no aprobó la carta aval solicitada para la cobertura de dichos procedimientos porque mi persona venía de una colectiva y la póliza que tenemos actualmente

es individual: esto debido a que mi hijo se retira de Digitel a finales de noviembre de 2007, pero por sugerencia del personal de Multinacional de Seguros que llevaba el colectivo en dicha empresa, tomó póliza individual para él y para mí ya que al hacerlo con la misma aseguradora mantendría los beneficios con las enfermedades preexistentes (incluida lesión hombro y gastritis) y sin plazos de espera situación que como verán por la evolución del caso no fue así (colocándose incluso condicionados de exclusión sobre dolencias ya cubiertas por Multinacional a nuestras personas).” (Sic).

De allí que, tal como lo señaló la Administración en el acto administrativo impugnado, la compañía aseguradora estaba obligada a notificar por escrito dentro del plazo indicado a sus beneficiarios, los motivos que aleguen para considerar un siniestro como no cubierto y de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza a los efectos de que el asegurado pueda ejercer una defensa adecuada.

En el presente caso, los médicos tratantes de la asegurada le informaron que debía ser intervenida quirúrgicamente al haberse diagnosticado “osteomielitis crónica en hombro derecho y en húmero”. Por tanto, una vez solicitada la carta aval, para la intervención correspondía a la aseguradora responderle por escrito las razones por las cuales no emitiría la carta aval requerida.

Así, reitera esta Máxima Instancia -contrario a lo señalado por la accionante- que la respuesta sobre la negativa debe y tiene que ser emitida de manera escrita, indicándose específicamente los motivos de ésta, dado que la propia norma regula y prohíbe el rechazo genérico.

Por tanto, resulta obligatorio para la aseguradora, fundamentar de manera expresa las negativas a las solicitudes que le hagan con relación a las pólizas contratadas, no sólo a los efectos de que la Administración pueda determinar si la respuesta negativa cumple con los extremos de ley, sino también para garantizarle la defensa adecuada al beneficiario, beneficiaria o titular de la póliza.

Con relación a lo anterior, se observa que la recurrente manifestó, por un lado, que no había obligación alguna que su representada pudiera eludir, toda vez que la patología no estaba cubierta por la póliza de seguros contratada, y por el otro, señaló que el acto impugnado incurrió en falso supuesto por ratificar una decisión de la Superintendencia de Seguros quien interpretó el supuesto de elusión de una manera errónea. Al respecto resulta pertinente indicar que de la revisión del expediente administrativo (folios 97 y 98) consta que mediante escrito de descargos presentado ante la Superintendencia de Seguros el 6 de abril de 2009 suscrito por el Vicepresidente Ejecutivo de Finanzas y el representante judicial de la empresa recurrente, señalaron lo siguiente:

“Es importante señalar que el servicio de carta aval, es un acto discrecional de la empresa aseguradora, razón por la cual puede llegar a otorgar dicho servicio sin que ello implique que el mismo sea de carácter obligatorio, a menos que la póliza así lo prevea o se haya hecho un ofrecimiento al asegurado. No obstante, la empresa aseguradora tiene la obligación de pagar los gastos en que pueda incurrir el asegurado por la vía de reembolso; una vez analizado el caso de acuerdo con las condiciones de la Póliza. Todo ello de acuerdo a lo establecido en el artículo 114 de la Ley de Contrato de Seguro (...).

“omissis”

Así entonces observamos que en el artículo transcrito se establece de manera clara que en caso de que la póliza prevea que la indemnización se hará mediante el reembolso, no se podrán ofrecer cartas avales, lo cual se enmarca perfectamente en el presente caso.

“omissis”

De acuerdo a esto la señora Goncalves aun para la fecha en que presenta denuncia ante esa Superintendencia de Seguros, tenía la oportunidad de presentarnos facturas para el reembolso de dichos gastos, pero el siniestro aún no se había materializado por lo tanto

“difícilmente podríamos habernos hecho cargo de los reembolsos cuando los gastos médicos u hospitalarios no se habían producido”.

Conforme a lo anterior la Superintendencia de Seguros en el acto primigenio signado con el N° FSS-2-2-000154 del 8 de enero de 2010 indicó:

“(...) visto que no consta en la póliza de Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad denominada Multisalud, de manera clara la prestación del servicio, aunado al hecho que en su condicionado solo se prevé la indemnización mediante reembolso, circunstancia esta admitida por la aseguradora en su escrito de descargo y que además se evidencia de la revisión efectuada a dicha póliza, cuya copia riela de los folios quince (15) al treinta y cuatro (34) del expediente, resulta concluyente que la empresa Multinacional de Seguros, C.A., por imperativo legal, no puede indemnizar mediante la prestación del servicio a través de carta aval, claves de Emergencia, tarjetas de Electrónicas u otras modalidades semejantes.

Así las cosas, observamos que, según el decir de la denunciante, el cual no fue controvertido por la aseguradora, ésta le informó verbalmente que su requerimiento no era procedente por estar excluida la artrosis de hombro y lesiones recidivantes por la empresa de seguros, en el sentido que no otorgó la carta aval solicitada por cuanto la patología presentada por la asegurada no tenía cobertura.

Ahora bien, si la empresa Multinacional de Seguros, C.A., no había ofrecido ni en forma pública ni privada la prestación del servicio Carta Aval a la asegurada, no entiende este organismo cuál era la finalidad de indicarle a la denunciante que presentara el reclamo contra reembolso, para luego concluir que no era procedente, tal como lo manifestó el ciudadano Alejandro José Fuentes Flores en representación de la empresa aseguradora en el acto conciliatorio celebrado el 30 de octubre de 2008”.

De acuerdo a lo descrito resulta evidente que la empresa accionante a lo largo del procedimiento administrativo pretendió evadir su obligación, ar-

gumentando que la denunciante debió tramitar su solicitud contra reembolso, sin embargo, al no enviarle comunicación alguna a la beneficiaria de la póliza que le indicara de manera expresa los trámites que debía realizar o los motivos que originaron la negativa de emitir la carta aval y al no constar en el expediente administrativo o en el judicial algún documento destinado a poner en conocimiento de la ciudadana Thaisgiri Goncalves Rodríguez, sobre los motivos que hacían improcedente la emisión de la carta aval se colige que la sociedad mercantil Multinacional de Seguros C.A., incurrió en el supuesto de elusión previsto en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, aplicable *ratione temporis*, habida cuenta de la obligación de la compañía recurrente de responder las solicitudes y dudas planteadas por las personas amparadas por pólizas de seguros por ella emitidas. Así se decide.

En consideración a lo precedentemente señalado, al ser desvirtuada la denuncia formulada por la parte recurrente, esta Máxima Instancia debe declarar sin lugar el recurso de nulidad y firme al acto administrativo impugnado. Así finalmente se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil .

SENTENCIA: RC.00354.

FECHA: 11 de agosto de 2014.

PARTES: Richard Cammarano Jaimes contra C.A., De Seguros American International.

.....

TEMA: DOCUMENTO ADMINISTRATIVO (VALOR PROBATORIO)

Máxima: los documentos administrativos conforman una tercera categoría dentro del género de la prueba documental, y su especialidad radica, esencialmente,

en que éstos exhiben una presunción de legitimidad, autenticidad y veracidad; sin embargo, tal presunción admite prueba en contrario.

Máxima: son documentos administrativos los emanados de los funcionarios públicos en el ejercicio de sus competencias específicas, los cuales constituyen una especie de la prueba documental que, por referirse a actos administrativos de diversa índole, su contenido tiene el valor de una presunción respecto a su veracidad y legitimidad.

Máxima: la constancia emanada de la Dirección de Tránsito Terrestre se trata de un documento administrativo, razón por la cual ha debido la parte actora tacharlo o desconocerlo o presentar las pruebas que lo desvirtúen, pues este tipo de documentos, -dada su naturaleza- deben considerarse ciertos, salvo prueba en contrario.

EXTRACTO:

La Sala, para decidir observa:

Los formalizantes sostienen que la juez superior infringió el artículo 431 del Código de Procedimiento Civil, por falta de aplicación, pues a su juicio la sentenciadora ad quem ha debido desestimar la constancia expedida en fecha 9 de julio de 1998, por el Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, por tratarse de un documento privado que no fue ratificado en juicio.

Al respecto, señalan los impugnantes que la constancia mencionada por los recurrentes se trata de un documento público emanado del Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, razón por la cual solicitan se desestime la denuncia al no haber infracción de la juez de alzada, pues dicha norma no podía ser aplicada para analizar el mencionado documento.

La juez de la recurrida estableció lo siguiente:

“La parte actora, demandó a la empresa Seguros American International C.A., por el incumplimiento del contrato de seguros, que celebraron en fecha 04 de agosto de 1997, en el cual se aseguró el vehículo marca B.M.W, modelo 325 1, año: 1995, color: rojo, con serial de carrocería WBABJ63228JD37708, en virtud que dicha empresa no le indemnizó al ocurrir el siniestro.

(Omissis)

la empresa de seguros, establece que la parte actora, presentó el Certificado de Registro de Vehículo de manera extemporánea, toda vez que posteriormente a que fue declarado el siniestro, solicitaron al ciudadano Richard Cammarano Jaimes, documentación necesaria para el análisis del siniestro, y en uno de los recaudos figuraba el Certificado antes mencionado, el cual fue presentado en fecha 24 de abril de 1998. A tal alegato, la parte actora, indicó que no le es imputable el retardo en el que incurrió la Administración, ya que el duplicado del Certificado le fue entregado tarde. Este Juzgado evidencia de las actas que conforman el expediente, de la constancia expedida en fecha 09 de julio de 1998, por el Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, Dirección de Registro de Tránsito Terrestre, que en fecha 02 de abril de 1998, fue tramitada la solicitud de dicho duplicado, por lo que dicha dirección demoró más de tres (03) meses en entregarle el duplicado. Ahora bien, efectivamente el tiempo en que la Administración se demoró en entregar el duplicado, no le debe ser imputado a la parte actora, pero se observa que éste comenzó a realizar los trámites en fecha 02 de abril de 1998, y el siniestro ocurrió en fecha 06 de enero de 1998, siendo notificada a la empresa de seguros el 08 de enero de 1998, y por comunicación de fecha 23 de enero de 1998, ésta solicitó dicho documento, por lo que transcurrieron más de dos (02) meses desde que fue declarado el siniestro, para que el ciudadano Richard Cammarano Jaimes, realizará los trámites respectivos para

obtener el duplicado del certificado que había extraviado, por lo que considera esta sentenciadora oportuno, citar la Cláusula 7 de las condiciones del contrato de seguro, específicamente en las condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres Cobertura Amplia, el cual establece lo siguiente:

Al ocurrir cualquier siniestro el Asegurado deberá:

- a) Tomar las providencias necesarias y oportunas para evitar que sobrevengan pérdidas ulteriores;
- b) Dar aviso a la Compañía dentro de los cinco (5) días.
- c) Suministrar a la Compañía, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, un informe escrito relativo a todas las circunstancias del siniestro;
- d) Proporcionar a la Compañía, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de aviso del siniestro, los recaudos pertinentes que aquella razonablemente pueda exigir; y,
- e) Presentar de inmediato la denuncia respectiva ante las autoridades competentes, en caso de robo o hurto de vehículo.

Asimismo, en la Cláusula 7 (sic), que nos remite la anterior establece:

“La compañía quedará relevada de la obligación de indemnizar si el Asegurado incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en la Cláusula anterior, a menos que el incumplimiento se deba a causa de fuerza mayor u otra que no lo constituya responsable.

Asimismo, la Compañía quedará exonerada de responsabilidad si el vehículo fuera reparado sin que ésta haya ordenado y aprobado el ajuste de los daños.

De las anteriores cláusulas se desprende, que cuando el asegurado declare el siniestro, tendrá un lapso para presentar los recaudos correspondientes, para que la empresa realice las investigaciones, y cumpla con la obligación de indemnizar. Establecido esto, quien

aquí suscribe al realizar algunas consideraciones y al respecto observa que el contrato es un acto jurídico, en el cual el elemento predominante es el consentimiento o acuerdo de voluntades, en principio la sola voluntad de las partes es suficiente para crear vínculos jurídicos, para hacer nacer obligaciones, transformarlas, modificarlas o extinguirlas, es decir, es un acuerdo de voluntades mediante el cual una parte se obliga para con la otra a dar, hacer o no hacer, vale decir a entregarle bienes o a prestarle servicios o a abstenerse de hacer algo. Al respecto, establecen los artículos 1.159, 1.160 y 1.167 del Código Civil, lo siguiente:

(Omissis)

En base a los artículos anteriormente citados, considera quien aquí suscribe que los contratos, son acuerdos entre las partes, que surten derechos y obligaciones, haciendo ley entre ellos, por lo que, al haberse supeditado la actora a las condiciones preestablecidas en la póliza de seguro, aceptó de manera adhesiva las condiciones generales estipuladas, obligándose a ellas, por lo que debió cumplir con los requisitos documentales requeridos por la empresa aseguradora en el lapso indicado, como lo es, el Certificado de Registro de Vehículo para la procedencia de la indemnización solicitada.

Así las cosas, se evidencia del material probatorio, específicamente de la constancia expedida por el Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, que el ciudadano Richard Cammarano Jaimes, realizó el trámite para el duplicado, dos (02) meses después de haber declarado el siniestro, no siendo diligente al momento de recaudar los documentos solicitados por la empresa de seguros, ya que se observa que el prenombrado ciudadano debió solicitar el duplicado del certificado lo más pronto posible, luego de que ocurrió el siniestro, en virtud que sabía que dicho documento tenía que ser consignado con los recaudos; siendo estos indispensables, para que ésta verifique que no sólo lo declarado en el siniestro es cierto, sino que efectivamente, el beneficiario que solicite la indemnización sea el propietario, en éste caso, del vehículo objeto del

presente juicio, por lo que no dio cumplimiento a la obligación que se encuentra establecida en el contrato de seguro, en consecuencia, se declara sin lugar la demanda que por cumplimiento de contrato interpusiera Richard José Cammarano Jaimes contra la sociedad mercantil Seguros American Internacional, C.A. ASÍ SE DECLARA.

En relación a la demanda por daños y perjuicios, debe este Juzgado establecer, que estas dependían o eran accesorios a la demanda por cumplimiento de contrato, en razón que no puede estudiarse sin que anteriormente se declaré que efectivamente hubo un incumplimiento por parte de la empresa de seguros, lo que en el presente caso no prosperó en derecho, por lo que se declara sin lugar la demanda por daños y perjuicios interpuso Richard José Cammarano Jaimes contra la sociedad mercantil Seguros American Internacional, C.A. ASÍ SE DECLARA...” (Mayúsculas del texto).

Como puede observarse de la precedente transcripción, la juez de alzada declaró sin lugar la demanda, al considerar que “ al haberse supeditado la actora a las condiciones preestablecidas en la póliza de seguro, aceptó de manera adhesiva las condiciones generales estipuladas, obligándose a ellas, por lo que debió cumplir con los requisitos documentales requeridos por la empresa aseguradora en el lapso indicado, como lo es, el Certificado de Registro de Vehículo para la procedencia de la indemnización solicitada”.

En este orden de ideas, dejó sentado que “se evidencia del material probatorio, específicamente de la constancia expedida por el Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, que el ciudadano Richard Cammarano Jaimes, realizó el trámite para el duplicado, dos (02) meses después de haber declarado el siniestro, no siendo diligente al momento de recaudar los documentos solicitados por la empresa de seguros, ya que se observa que el prenombrado ciudadano debió solicitar el duplicado del certificado lo más pronto posible, luego de que ocurrió el siniestro, en virtud que sabía que dicho documento tenía que ser consignado con los recaudos; siendo éstos indispensables, para que ésta verifique que no sólo lo declarado en

el siniestro es cierto, sino que efectivamente, el beneficiario que solicite la indemnización sea el propietario, en éste caso, del vehículo objeto del presente juicio, por lo que no dio cumplimiento a la obligación que se encuentra establecida en el contrato de seguro, en consecuencia, se declara sin lugar la demanda que por cumplimiento de contrato interpusiera Richard José Cammarano Jaimes contra la sociedad mercantil Seguros American Internacional”.

Ahora bien, esta Sala debe indicarles a los recurrentes que, de conformidad con su reiterada jurisprudencia, los documentos administrativos conforman una tercera categoría dentro del género de la prueba documental, y su especialidad radica, esencialmente, en que éstos exhiben una presunción de legitimidad, autenticidad y veracidad; sin embargo, tal presunción admite prueba en contrario.

Así, entre otras en su decisión N° 285, de fecha 6 de junio de 2002, caso: Eduardo Saturnino Blanco c/ Abilio Pestana Farías, ratificada en sentencias Nos. 22 y 358 del 3 de febrero de 2009 y 9 de julio de 2009, respectivamente, dejó sentado lo siguiente:

“...la Sala considera oportuno señalar el criterio que la doctrina ha sostenido sobre la tasación que debe dársele a los documentos administrativos, así (Sic) en decisión N° 416 de la Sala Político Administrativa de la extinta Corte Suprema de Justicia, de fecha 8 de julio de 1998, en el juicio de Concetta Serino Olivero c/ Arpigra C.A., expediente N° 7.995, en cuyo texto se señaló:

(Omissis)

“Por otro lado, para esta Corte son Documentos Administrativos, aquellos documentos emanados de los funcionarios públicos en el ejercicio de sus competencias específicas, los cuales constituyen un género de la prueba instrumental, que por referirse a actos administrativos de diversa índole, su contenido tiene el valor de una presunción respecto a su veracidad y legitimidad, en razón del principio de ejecutividad y ejecutoriedad, que le atribuye el artículo 8

de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, y que por tanto, deben considerarse ciertos hasta prueba en contrario. Estos documentos están dotados de una presunción favorable a la veracidad de lo declarado por el funcionario en el ejercicio de sus funciones, que puede ser destruida por cualquier medio legal. En consecuencia, no es posible una asimilación total entre el documento público y el documento administrativo, porque puede desvirtuarse su certeza por otra prueba pertinente e idónea, y no sólo a través de la tacha de falsedad...”

Tal como claramente se desprende de la doctrina transcrita, los documentos administrativos ...deben considerarse ciertos hasta prueba en contrario..., porque los mismos ...están dotados de una presunción favorable de veracidad de lo declarado por el funcionario en el ejercicio de sus funciones..., aunque tal presunción ...puede ser destruida por cualquier medio legal...; más, dichas instrumentales valoradas como documentos administrativos como lo expuso la Sentenciadora de Alzada y concordó la recurrente, no deben ser ratificados mediante testimonial, lo que deja sin fundamento la presente denuncia, debido a que no es aplicable el artículo 431 del Código de Procedimiento Civil, denunciado, lo cual conlleva a la improcedencia de la presente denuncia. Así se decide” (Negritas y subrayado de la cita).

Conforme al criterio de esta Sala que hoy se reitera son documentos administrativos los emanados de los funcionarios públicos en el ejercicio de sus competencias específicas, los cuales constituyen una especie de la prueba documental que, por referirse a actos administrativos de diversa índole, su contenido tiene el valor de una presunción respecto a su veracidad y legitimidad.

Dada la naturaleza de la denuncia, esta Sala pudo constatar de la lectura de las actas, que al folio 112 de la primera pieza del expediente, cursa comunicación en original emanada del Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, en la cual se puede leer lo siguiente:

“Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre

Ministerio de Transporte y Comunicaciones (MTC)

Dirección de Registros de Tránsito Terrestre

DRTT/DRV 0543-98

CONSTANCIA

Quien suscribe CNEL (GN) CRISANTO PÉREZ CÁRDENAS, Director del Registro de Tránsito Terrestre hace constar de la presente, que el ciudadano CAMMARANO JAIMES RICHARD JOSÉ, cédula de identidad N° 6.310.872, tramitó por ante esta Dirección los requisitos necesarios para obtener el duplicado del certificado de registro del vehículo identificado con las placas: AAL-75G, bajo el Nro. De trámite 98585324, en fecha 2-4-98.

Constancia que se expide a solicitud de parte interesada, en la ciudad de Caracas, a los nueve días del mes de junio de mil novecientos noventa y ocho. “(Negrillas y mayúsculas del texto)

Como puede observarse, en el caso concreto se trata de un documento administrativo (constancia) que emanó de la Dirección de Tránsito Terrestre, que fue acompañado con la contestación a la demanda, razón por la cual ha debido la parte actora tacharlo o desconocerlo o presentar las pruebas que lo desvirtúen, pues este tipo de documentos, -dada su naturaleza- deben considerarse ciertos, salvo prueba en contrario, de manera que el juez al valorar los mismos, debe tener por ciertos los hechos que el funcionario público declara hacer constar.

Es evidente, pues, que la sentenciadora de la recurrida no infringió el artículo 431 del Código de Procedimiento Civil por falta de aplicación, lo cual determina la improcedencia de esta denuncia. Así se establece.

.....
TEMA: TITULARIDAD DE UN VEHÍCULO

Máxima: no se demostró en juicio que el Certificado del Registro de Vehículo emanado del Servicio de Transporte de Tránsito Terrestre, donde se demuestra la propiedad del mismo, haya sido solicitado dos (2) meses después de la verificación del siniestro, por lo que mal podría entenderse que actuó de forma poco diligente.

EXTRACTO:

Para decidir la Sala observa:

De la precedente transcripción de la denuncia puede apreciarse, que los formalizantes sostienen que la juzgadora de la recurrida habría dado por demostrado hechos con pruebas que resultan desvirtuadas de las propias actas del expediente, pues la sentenciadora valoró exclusivamente la constancia expedida en fecha 9 de julio de 1998, por el Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, Dirección de Registro de Tránsito Terrestre (SETRA), para establecer respecto de la fecha de la solicitud de la copia certificada del título del vehículo, que dicho trámite se inició el 2 de abril de 1998, cuando lo cierto es que la verdadera fecha es el 8 de enero de 1998, es decir, apenas dos (2) días después que le robaron el vehículo a la parte actora y el mismo día que reportó el siniestro ante la empresa aseguradora, lo cual llevó a la juzgadora a aplicar falsamente la cláusula séptima del contrato de seguros, para concluir que el actor incurrió en retardo o mora en el cumplimiento de la obligación de tramitar y entregar los recaudos a la empresa aseguradora, siendo tal error determinante en el dispositivo.

Sobre el particular, señala el impugnante que la recurrida no se fundamentó en ninguna constancia para declarar sin lugar la demanda. Que la premisa en que se soporta la decisión es que la parte actora no suministró dentro del plazo establecido en las cláusulas del contrato de seguro, la

prueba de ser propietario del vehículo, lo cual era necesario para que procediera la indemnización por pérdida total.

En este orden de ideas sostiene el impugnante que “lo absurdo de la denuncia es que la recurrida se haya fundado en un hecho no probado. La recurrida no pudo basarse en ningún hecho porque la conducta del demandante fue justamente un NO HACER: dejó de presentar en el plazo pactado la prueba de su propiedad sobre el vehículo siniestrado. Debido a esa situación de no poder probar lo negativo por la simple razón de su inexistencia, resulta irracional y por tanto absurdo que pueda darse una suposición falsa”.

En cuanto a los argumentos esgrimidos por los recurrentes para soportar su denuncia de casación sobre los hechos, esta Sala considera necesario analizar con carácter previo los requisitos que debe cumplirse cuando se presenta una denuncia de esta naturaleza, dado que esta Sala ha venido estableciendo de manera reiterada, cuál es la técnica que debe cumplir el formalizante para denunciar ante esta Sala el vicio de suposición falsa.

En efecto, en sentencia N° RC-00355 del día 30 de mayo de 2006, caso: Clemente Mauro Ortega Pérez contra Graciela Delgado Ponce, exp. N° 05-805, este Máximo Tribunal ratificó lo expresado en sentencia N° 201, de fecha 14 de junio de 2000, caso: Talleres Vita Cars C.A. contra Inmobiliaria Cruz O. C.A., exp. N° 99-419, respecto a la técnica correcta que deben exhibir los escritos en los que se pretenda alegar este tipo de vicio, en los términos siguientes:

“...El artículo 320 del Código de Procedimiento Civil, es el que prevé los casos de suposición falsa, antes denominado falso supuesto, así:

“...o que la parte dispositiva del fallo sea consecuencia de una suposición falsa por parte del Juez, que atribuyó a instrumentos o actas del expediente menciones que no contiene, o dio por demostrado un hecho con pruebas que no aparecen en autos o cuya inexactitud resulta de actas e instrumentos del expediente mismo”.

...Omissis...

Por otra parte, la denuncia de suposición falsa debe cumplir inexorablemente con la técnica elaborada por la Sala a través de su pacífica y constante doctrina, que dice:

“Para que la Corte pueda examinar y decidir acerca de la determinación y apreciación que los jueces del mérito hayan efectuado sobre los hechos y las pruebas, es indispensable que el formalizante se ajuste a la técnica elaborada por la Sala para la denuncia apropiada de casación sobre los hechos, técnica que exige el cumplimiento de los siguientes requisitos: a) indicación del hecho positivo y concreto que el juzgador haya dado por cierto valiéndose de una falsa suposición; b) indicación específica del caso de falsa suposición a que se refiere la denuncia, puesto que el encabezamiento del artículo 320 del Código de Procedimiento Civil prevé en ese respecto tres (3) situaciones distintas; c) el señalamiento del acta o instrumento cuya lectura patentice la falsa suposición; d) Indicación y denuncia del texto o los textos aplicados falsamente, porque el Juez dá (sic) por cierto un hecho valiéndose de una suposición falsa; e) la exposición de las razones que demuestren que la infracción cometida fue determinante de lo dispositivo de la sentencia.

Por otra parte, conforme a reiterada jurisprudencia, la suposición falsa tiene que referirse forzosamente a un hecho positivo y concreto que el Juez establece falsa e inexactamente en su sentencia a causa de un error de percepción, entre otras razones, porque no existan las menciones que equivocadamente atribuyó a un acta del expediente. Ahora bien, como el mencionado vicio sólo puede cometerse en relación con un hecho establecido en el fallo, quedan fuera del concepto de suposición falsa las conclusiones del Juez con respecto a las consecuencias jurídicas del hecho, porque en tal hipótesis se trataría de una conclusión de orden intelectual que aunque errónea, no configuraría lo que la ley y la doctrina entienden por suposición falsa...” Sentencia del 4-11-98 en el juicio seguido por Gerardo Fink Finowicki contra Eurobuilding Internacional CA. Expediente 97-491).

El anterior criterio jurisprudencial, que en este acto se reitera, establece entre otras cosas, la importancia y la utilidad de emplear una técnica adecuada para recurrir en casación, lo cual se traduce en el cumplimiento de una serie de requisitos que permitirán la comprensión lógica de los planteamientos explanados en las denuncias, requerimientos éstos que, si bien han sido flexibilizados, no dejan de ser importantes para que la Sala pueda comprender lo denunciado.

Asimismo, expresa que para que la Sala pueda examinar la denuncia de suposición falsa, es necesario que el recurrente exprese clara y separadamente 1)- en cuál de las tres sub hipótesis de suposición falsa ha incurrido el juez, a saber, atribuir a actas o instrumentos del expediente menciones que no contiene, dar por demostrado un hecho con pruebas que no aparecen en autos o cuya inexactitud resulte de actas o instrumentos del expediente mismo; 2)- indicar expresamente cuál es el hecho positivo y concreto que el juzgador dio por cierto valiéndose de una falsa suposición; 3)- señalar el acta o instrumento cuya lectura patentice la falsa suposición; 4) -indicar y denunciar el texto o los textos aplicados falsamente, porque el juez da por cierto un hecho valiéndose de una suposición falsa; y, finalmente, 5) la exposición de las razones que demuestren la incidencia de la suposición falsa en el dispositivo de la sentencia.

Dentro de estas categorías se ubica el error en la interpretación de los contratos, lo cual se ha denominado desviación ideológica, que se verifica cuando el juez se aparta de la voluntad expresada por las partes.

Sobre este particular, la Sala en reiterada jurisprudencia ha establecido que es de la soberanía de los jueces de instancia la interpretación de los contratos, pero cuando incurran en desnaturalización o desviación intelectual de su contenido, tal situación debe denunciarse a través del primer caso de suposición falsa. En este sentido, esta Sala de Casación Civil, en sentencia N° 460, de fecha 27 de octubre de 2010, caso: Tomcar, C.A., Almacenes contra la Sucesión Amleto Antonio Capuzzi Di Prinzio, ha establecido lo siguiente:

“En el mismo orden de ideas, la desnaturalización de los contratos es entendida como un vicio enmarcado dentro del primer caso de falso supuesto, por lo que esta Sala en sentencia de fecha 27 de julio de 2004, caso: Miriam del Carmen Moreno y otros contra Asociación Civil Ávila, señaló:

...En sentencia de fecha 11 de marzo de 1992, expresó la Sala:

La interpretación de los contratos, de acuerdo a reiterada doctrina de esta Sala, es de la soberanía de los jueces de instancia, y la decisión que al respecto ellos produzcan, sólo será atacable en Casación por denuncia de error en la calificación del contrato, error éste de derecho, o por suposición falsa.

Ahora bien, ha admitido esta Corte la casación por desnaturalización de una mención contenida en el contrato, que conduciría a que la cláusula establecida en el mismo, produzca los efectos de una estipulación no celebrada.

El límite entre la soberana interpretación del contrato y la tergiversación o desnaturalización de la voluntad contractual está constituido por la compatibilidad de la conclusión del Juez con el texto de la mención que se interpreta. Si el establecimiento de los hechos por el Juez es compatible con la expresión de la voluntad de las partes, estamos en la esfera de la interpretación; si, por el contrario, la conclusión del sentenciador no es compatible con el texto, estaríamos en presencia de una desnaturalización del contrato.

En aplicación de la doctrina transcrita, la Sala establece que la desviación ideológica cometida por el juez en la interpretación de los contratos, sólo puede ser atacada mediante el primer caso de suposición falsa...”. (caso: Carlos Rodríguez Palomo, c/ Inversiones Visil C.A.). (Subrayado de la Sala).

Ahora bien, esta Sala observa que los formalizantes denuncian que la sentenciadora incurrió en el vicio de suposición falsa en su tercer supuesto

por haber dado por demostrado un hecho, con pruebas cuya inexactitud resulta de actas del expediente, pero además denuncian la falsa aplicación de la cláusula séptima del contrato y con base en ello, señalan que la parte dispositiva del fallo es producto de una suposición falsa, pues “tiene fundamental incidencia en el fallo, pues en base a la misma, la recurrida aplicó falsamente la cláusula 7 de las condiciones del contrato de seguro procediendo erradamente a declarar sin lugar la demanda”.

A pesar de la falta de técnica observada, esta Sala en atención a la aplicación de los principios contenidos en los artículos 26 y 257 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que garantizan a los justiciables que los procesos judiciales se llevarán a cabo sin formalismos, y que el proceso constituye un instrumento fundamental para la realización de la justicia, se aprecia que se pretende denunciar el supuesto error cometido por la juez de alzada al dar por demostrado que el actor inició los trámites para solicitar copia del certificado del registro del vehículo extemporáneamente el 2 de abril de 1998, es decir, cuatro meses después de la ocurrencia del siniestro, incumpliendo con ello lo previsto en la cláusula séptima del contrato de seguro, cuando lo cierto es que del propio certificado de registro que cursa al folio 113 de la primera pieza del expediente, emanado del Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, así como de la prueba de informes remitida por el referido organismo (folios 343 al 346 de la mencionada pieza), se desprende que el ciudadano Richard Cammarano realizó la solicitud del referido certificado en fecha 8 de enero de 1998 y no el 2 de abril de ese mismo año, como estableció la ad quem; quedando de esta manera desvirtuado lo que fue establecido falsamente por la sentenciadora.

De seguidas, esta Sala considera pertinente señalar lo expresado por la recurrida respecto a las mencionadas pruebas y a la cláusula séptima del contrato de seguro, relativa a las condiciones del mismo, específicamente en las condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres Cobertura Amplia y a la cláusula octava del contrato de seguro de casco de vehículos terrestres cobertura amplia, relativa a las condiciones particulares.

En primer término, se observa que la juez de la recurrida estableció lo siguiente:

“La parte actora, demandó a la empresa Seguros American International C.A., por el incumplimiento del contrato de seguros, que celebraron en fecha 04 de agosto de 1997, en el cual se aseguró el vehículo marca B.M.W, modelo 325 1, año: 1995, color: rojo, con serial de carrocería WBABJ63228JD37708, en virtud que dicha empresa no le indemnizó al ocurrir el siniestro.

(Omissis)

En el presente caso, el actor, probó la ocurrencia del siniestro mediante una denuncia que realizó ante el extinto Cuerpo Técnico de Policía Judicial, por el robo de su vehículo. La parte demandada por su parte alegó que no cumplió con su obligación, porque luego de ocurrido el siniestro al realizar las investigaciones se encontraron con que el actor para el momento de que fue suscrita la póliza, no era el propietario del vehículo, así como que el certificado de registro del vehículo, lo entregó de manera extemporánea, por lo que la póliza deberá declararse nula, al ser un requisito indispensable al celebrar el contrato de seguro, que el ciudadano Richard Cammarano, fuese el propietario del vehículo objeto de la póliza.

En relación a la propiedad del vehículo, por lo cual la parte demandada pide se declare nula la póliza, se observa de las actas que conforman el expediente, que a la prueba que se trajo a los autos para demostrar que el ciudadano Richard Cammarano Jaimes, no es el propietario del vehículo objeto del presente juicio, no se le otorgó valor probatorio por no cumplir con los requisitos que establece el Código de Procedimiento Civil, en relación a las pruebas provenientes de terceros en el juicio. No obstante, de las actas se evidencia un Certificado del Registro de Vehículo donde se demuestra la propiedad del mencionado ciudadano, por lo que tal alegato de la parte demandada no prospera en derecho.

Igualmente, la parte demandada alegó que debido a las denuncias por robo realizadas, el objeto del contrato de seguros es ilícito, y por lo tanto debe declararse la nulidad del contrato, este Juzgado deja constancia que si bien es cierto, se desprende de las actas que fueron realizadas varias denuncias de robo del vehículo aquí objeto del presente juicio, no se evidencia que las mismas hayan o no prosperado, en virtud que no hay prueba sobre alguna decisión de un Tribunal Penal, que establezca que hayan sido declaradas con lugar, por lo que tal alegato debe ser desechado.

Asimismo, la empresa de seguros, establece que la parte actora, presentó el Certificado de Registro de Vehículo de manera extemporánea, toda vez que posteriormente a que fue declarado el siniestro, solicitaron al ciudadano Richard Cammarano Jaimes, documentación necesaria para el análisis del siniestro, y en uno de los recaudos figuraba el Certificado antes mencionado, el cual fue presentado en fecha 24 de abril de 1998. A tal alegato, la parte actora, indicó que no le es imputable el retardo en el que incurrió la Administración, ya que el duplicado del Certificado le fue entregado tarde. Este Juzgado evidencia de las actas que conforman el expediente, de la constancia expedida en fecha 09 de julio de 1998, por el Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, Dirección de Registro de Tránsito Terrestre, que en fecha 02 de abril de 1998, fue tramitada la solicitud de dicho duplicado, por lo que dicha dirección demoró más de tres (03) meses en entregarle el duplicado. Ahora bien, efectivamente el tiempo en que la Administración se demoró en entregar el duplicado, no le debe ser imputado a la parte actora, pero se observa que éste comenzó a realizar los trámites en fecha 02 de abril de 1998, y el siniestro ocurrió en fecha 06 de enero de 1998, siendo notificada a la empresa de seguros el 08 de enero de 1998, y por comunicación de fecha 23 de enero de 1998, ésta solicitó dicho documento, por lo que transcurrieron más de dos (02) meses desde que fue declarado el siniestro, para que el ciudadano Richard Cammarano Jaimes, realizará los trámites respectivos para obtener el duplicado del certificado que había extraviado, por lo

que considera esta sentenciadora oportuno, citar la Cláusula 7 de las condiciones del contrato de seguro, específicamente en las condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres Cobertura Amplia, el cual establece lo siguiente:

“Al ocurrir cualquier siniestro el Asegurado deberá:

- a) Tomar las providencias necesarias y oportunas para evitar que sobrevengan pérdidas ulteriores;
- b) Dar aviso a la Compañía dentro de los cinco (5) días.
- c) Suministrar a la Compañía, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, un informe escrito relativo a todas las circunstancias del siniestro;
- { }d) Proporcionar a la Compañía, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de aviso del siniestro, los recaudos pertinentes que aquella razonablemente pueda exigir; y,
- e) Presentar de inmediato la denuncia respectiva ante las autoridades competentes, en caso de robo o hurto de vehículo”.

Asimismo, en la Cláusula 7 (sic), que nos remite la anterior establece:

“La compañía quedará relevada de la obligación de indemnizar si el Asegurado incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en la Cláusula anterior, a menos que el incumplimiento se deba a causa de fuerza mayor u otra que no lo constituya responsable.

Asimismo, la Compañía quedará exonerada de responsabilidad si el vehículo fuera reparado sin que ésta haya ordenado y aprobado el ajuste de los daños.

De las anteriores cláusulas se desprende, que cuando el asegurado declare el siniestro, tendrá un lapso para presentar los recaudos correspondientes, para que la empresa realice las investigaciones, y cumpla con la obligación de indemnizar. Establecido esto, quien aquí suscribe al realizar algunas consideraciones y al respecto ob-

serva que el contrato es un acto jurídico, en el cual el elemento predominante es el consentimiento o acuerdo de voluntades, en principio la sola voluntad de las partes es suficiente para crear vínculos jurídicos, para hacer nacer obligaciones, transformarlas, modificarlas o extinguirlas, es decir, es un acuerdo de voluntades mediante el cual una parte se obliga para con la otra a dar, hacer o no hacer, vale decir a entregarle bienes o a prestarle servicios o a abstenerse de hacer algo. Al respecto, establecen los artículos 1.159, 1.160 y 1.167 del Código Civil, lo siguiente:

(Omissis)

En base a los artículos anteriormente citados, considera quien aquí suscribe que los contratos, son acuerdos entre las partes, que surten derechos y obligaciones, haciendo ley entre ellos, por lo que, al haberse supeditado la actora a las condiciones preestablecidas en la póliza de seguros, aceptó de manera adhesiva las condiciones generales estipuladas, obligándose a ellas, por lo que debió cumplir con los requisitos documentales requeridos por la empresa aseguradora en el lapso indicado, como lo es, el Certificado de Registro de Vehículo para la procedencia de la indemnización solicitada.

Así las cosas, se evidencia del material probatorio, específicamente de la constancia expedida por el Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, que el ciudadano Richard Cammarano Jaimes, realizó el trámite para el duplicado, dos (02) meses después de haber declarado el siniestro, no siendo diligente al momento de recaudar los documentos solicitados por la empresa de seguros, ya que se observa que el prenombrado ciudadano debió solicitar el duplicado del certificado lo más pronto posible, luego de que ocurrió el siniestro, en virtud que sabía que dicho documento tenía que ser consignado con los recaudos; siendo estos indispensables, para que ésta verifique que no sólo lo declarado en el siniestro es cierto, sino que efectivamente, el beneficiario que solicite la indemnización sea el propietario, en éste caso, del vehículo objeto del presente juicio, por lo que no dio cumplimiento a la obligación que

se encuentra establecida en el contrato de seguro, en consecuencia, se declara sin lugar la demanda que por cumplimiento de contrato interpusiera Richard José Cammarano Jaimes contra la sociedad mercantil Seguros American Internacional, C.A. ASÍ SE DECLARA.

En relación a la demanda por daños y perjuicios, debe este Juzgado establecer, que estas dependían o eran accesorios a la demanda por cumplimiento de contrato, en razón que no puede estudiarse sin que anteriormente se declaré que efectivamente hubo un incumplimiento por parte de la empresa de seguros, lo que en el presente caso no prosperó en derecho, por lo que se declara sin lugar la demanda por daños y perjuicios interpuso Richard José Cammarano Jaimes contra la sociedad mercantil Seguros American Internacional, C.A. ASÍ SE DECLARA...” (Mayúsculas del texto).

Al efecto, esta Sala observa de la revisión de las actas del expediente, lo cual puede hacerse dada la naturaleza de la denuncia, se puede constatar que cursa al folio 110 Certificado de Registro de Vehículo emanado del Ministerio de Transporte y Comunicaciones, del cual se lee lo siguiente: “WBABJ6322SJD37708-1-3. El Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, certificó mediante el presente documento, que se han cumplido formalmente, todos los requisitos legales y administrativos para otorgar el presente Certificado de Registro de Vehículo a: CAMMARANO JAIMES RICHARD JOSÉ, cédula o rif: 6310872, placa del vehículo: AAL75G, Serial de Carrocería: WBABJ6322SJD37708, Serial del Motor: 6 Cilindros, marca: BMW, Modelo: CABRIOLET-325, Año Color: 95 ROJO, Clase: AUTOMOVIL, Tipo: COUPE, Uso: PARTICULAR, 0 0 1100 5, Dado a los 8 días del mes de enero de 1998, N° de Autorización: 5003BW688060, COPIA QUE SE EXPIDE A SOLICITUD DEL PROPIETARIO POR EXTRAVÍO DEL TÍTULO NRO. WBABJ6322SJD37708-1-2, QUEDA ANULADO”.

Asimismo, se observa al folio 112 de la primera pieza del expediente, constancia en original emanada del Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, en la cual se puede leer lo siguiente:

“Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre Ministerio de Transporte y Comunicaciones (MTC) Dirección de Registros de Tránsito Terrestre

DRTT/DRV 0543-98

CONSTANCIA

Quien suscribe CNEL (GN) CRISANTO PÉREZ CÁRDENAS, director del Registro de Tránsito Terrestre hace constar de la presente, que el ciudadano CAMMARANO JAIMES RICHARD JOSÉ, cédula de identidad N° 6.310.872, tramitó por ante esta Dirección los requisitos necesarios para obtener el duplicado del certificado de registro del vehículo identificado con las placas: AAL-75G, bajo el Nro. De trámite 98585324, en fecha 2-4-98.

Constancia que se expide a solicitud de parte interesada, en la ciudad de Caracas, a los nueve días del mes de junio de mil novecientos noventa y ocho”. (Negrillas y mayúsculas del texto).

Cursa asimismo a los folios 343 al 346 de la primera pieza del expediente prueba de informes emanada del Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, de fecha 16 de julio de 1999, mediante la cual remite el historial del vehículo identificado con las placas AAL-75G, del cual se puede observar que la fecha en que se presentó la solicitud de Certificación de Registro de Vehículo fue el 8 de enero de 1998.

Por su parte la cláusula 7° del contrato objeto de demanda, relativa a las condiciones del contrato de seguro, específicamente en las condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres Cobertura Amplia, dispone lo siguiente:

“Al ocurrir cualquier siniestro el Asegurado deberá:

- a) Tomar las providencias necesarias y oportunas para evitar que sobrevengan pérdidas ulteriores;
- b) Dar aviso a la Compañía dentro de los cinco (5) días

- c) Suministrar a la Compañía, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, un informe escrito relativo a todas las circunstancias del siniestro;
- d) Proporcionar a la Compañía, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de aviso del siniestro, los recaudos pertinentes que aquella razonablemente pueda exigir; y,
- e) Presentar de inmediato la denuncia respectiva ante las autoridades competentes, en caso de robo o hurto de vehículo”.

Igualmente, se verifica que la cláusula 8 del contrato de seguro de casco de vehículos terrestres cobertura amplia, relativa a las condiciones particulares, establece lo que de seguidas se transcribe:

“La compañía quedará relevada de la obligación de indemnizar si el Asegurado incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en la Cláusula anterior, a menos que el incumplimiento se deba a causa de fuerza mayor u otra que no lo constituya responsable. Asimismo, la Compañía quedará exonerada de responsabilidad si el vehículo fuera reparado sin que ésta haya ordenado y aprobado el ajuste de los daños”.

De las transcripciones de la sentencia de alzada, del certificado del registro del vehículo (folio 110 de la primera pieza) y de la prueba de informes emanada del Servicio de Transporte de Tránsito Terrestre (folios 343 al 346 de la primera pieza), se desprende que el ciudadano Richard José Cammarano Jaimes, comenzó a realizar el proceso para obtener el duplicado del certificado del registro del vehículo el 8 de enero de 1998 y no el 2 de abril de 1998, como estableció la juez de la recurrida soportándose en una constancia emanada de dicho organismo, por lo que resulta forzoso declarar procedente la denuncia que se analiza, por cuanto el error fue determinante en el dispositivo, dado que la juez ad quem para declarar sin lugar la demanda, se soportó en que “se evidencia del material probatorio, específicamente de la constancia expedida por el Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, que el ciudadano Richard Cammarano

Jaimes, realizó el trámite para el duplicado, dos (02) meses después de haber declarado el siniestro, no siendo diligente al momento de recaudar los documentos solicitados por la empresa de seguros, ya que se observa que el prenombrado ciudadano debió solicitar el duplicado del certificado lo más pronto posible, luego de que ocurrió el siniestro, en virtud que sabía que dicho documento tenía que ser consignados con los recaudos”.

Por otra parte, ha quedado evidenciado que la aludida constancia en la que se soportó la sentencia de alzada si bien establece que el ciudadano CAMMARANO JAIMES, RICHARD JOSÉ, cédula de identidad N° 6.310.872, tramitó ante esta Dirección los requisitos necesarios para obtener el duplicado del certificado de registro del vehículo identificado con las placas: AAL-75G, bajo el Nro. de trámite 98585324, en fecha 2-4-98; respecto a esta última fecha nada dice el emitente si fue el día en que se hizo la solicitud o la fecha de entrega del certificado del registro del vehículo.

Sumado a lo antes expresado, evidencia esta Sala que el alegato de la aseguradora -hoy impugnante-, referido a que no constaba en autos que a la fecha del siniestro el vehículo fuera propiedad del actor, el cual a su juicio fue el fundamento para declarar sin lugar la demanda, tal circunstancia fue desestimada por la juez de alzada, quien dejó sentado sobre el particular que “En relación a la propiedad del vehículo, por lo cual la parte demandada pide se declare nula la póliza, se observa de las actas que conforman el expediente, que la prueba que se trajo a los autos para demostrar que el ciudadano Richard Cammarano Jaimes, no es el propietario del vehículo objeto del presente juicio, no se le otorgó valor probatorio por no cumplir con los requisitos que establece el Código de Procedimiento Civil, en relación a las pruebas provenientes de terceros en el juicio. No obstante, de las actas se evidencia un Certificado del Registro de Vehículo donde se demuestra la propiedad del mencionado ciudadano, por lo que tal alegato de la parte demandada no prospera en derecho”.

En consecuencia, se declara procedente la denuncia de suposición falsa. Así se establece.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01218.

FECHA: 12 de agosto de 2014.

PARTES: La Oriental de Seguros, C.A., contra la Alcaldía del Municipio Baruta del Estado Bolivariano de Miranda.

.....
**TEMA: CUMPLIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD
SOCIAL DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO
¿CONTRIBUCIÓN PARAFISCAL?**

Máxima: advirtiendo las características del compromiso de responsabilidad social y las causas por las cuales el legislador intencionalmente incluyó este requisito en los procesos de contratación, mal podría alegar la parte apelante que dicho compromiso se trata de una contribución parafiscal, en virtud que no guarda desde el punto de vista de su concepción un aporte de carácter tributario.

EXTRACTO:

Mediante decisión N° 2013-2153 de fecha 26 de noviembre de 2013, la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo declaró sin lugar la apelación que interpusiera la demandante contra el auto dictado por el Juzgado de Sustanciación (del mencionado órgano jurisdiccional), que admitió la reconvencción propuesta en su contra por el Municipio Baruta del Estado Miranda, con base en lo siguiente:

“(...) en fecha 9 de mayo de 2013, las (...) Apoderadas Judiciales de la Alcaldía del Municipio Baruta del estado Miranda, consignaron escrito de reconvencción contra la Sociedad Mercantil La Oriental de

Seguros, C.A., constituyendo la causa petendi del indicado escrito que en razón que la Sociedad Mercantil La Oriental de Seguros, C.A., no ha dado cumplimiento a la obligación relativa el compromiso de responsabilidad social que deriva del contrato de seguros suscrito con ocasión del concurso para la adquisición del servicio de póliza de seguros de hospitalización, cirugía y maternidad para el personal de la Alcaldía del Municipio Baruta del estado Miranda, durante el año 2010, sea condenada a pagar la cantidad de quinientos un mil treinta y siete bolívares con cuarenta y un céntimos (Bs. 501.037,41) correspondiente al 3% del monto total de la oferta económica presentada en el marco del referido proceso de contratación, más los intereses moratorios y la condenatoria en costas. Delimitado lo anterior, corresponde a esta Alzada conocer de los argumentos expuestos por la Representación Judicial de la Sociedad Mercantil La Oriental de Seguros, C.A., en el escrito presentado en fecha 11 de noviembre de 2013, con relación a la caracterización de contribución parafiscal del compromiso de responsabilidad social proveniente del proceso de contratación del servicio de póliza de seguro de hospitalización, cirugía y maternidad (HCM) para el personal de la Alcaldía, Servicios Autónomos y Juntas Parroquiales, empleados, docentes, obreros, jubilados, pensionados y contratados durante el año 2010, del Municipio Baruta del estado Miranda, según la oferta propuesta, en el pliego para la contratación signada bajo la nomenclatura N° DA-CA-2010-001, por la cantidad de dieciséis millones setecientos un mil doscientos cuarenta y siete bolívares sin céntimos (Bs. 16.701.247,00), lo que a su entender hace inadmisibles tal reconvencción con fundamento en la incompetencia de esta Corte dado el carácter tributario de tal obligación, así como la incompatibilidad de dichos procedimientos. Al respecto, es de señalar que el compromiso de responsabilidad social se encuentra como una de las exigencias establecidas por la Administración Municipal, en el pliego de condiciones, conforme el mandamiento de la Ley de Contrataciones Públicas y su respectivo Reglamento. El mismo se encuentra definido por la Ley de Contrataciones Públicas

vigente publicada en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 368.674 del 24 de abril de 2009, en su artículo 6, numeral 19, (...) Es así como el compromiso de responsabilidad social se encuentra establecido como obligación de cumplimiento para aquellas sociedades mercantiles que contraten con la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal, en la venta de bienes, o prestaciones de servicios, realizando un aporte que tenga beneficio de carácter colectivo, y se materializa en cada ocasión según lo exija el contratante, pudiendo ser a través de la entrega de dinero para desarrollar proyectos con la finalidad de disminuir la pobreza y elevar la calidad de vida de los habitantes de las comunidades. Al respecto, considera oportuno este Órgano Jurisdiccional traer a colación el contenido de los artículos 39 y 41 del Reglamento de la Ley de Contrataciones Públicas, publicado en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.181 de fecha 19 de mayo de 2009 (...) Tanto de la normativa supra citada, como del criterio jurisprudencial se advierte que la responsabilidad social es una forma de gestión definida por el establecimiento de metas empresariales compatibles con el desarrollo sustentable de la sociedad, promoviendo la reducción de las desigualdades sociales, buscando el avance y desarrollo a través del apoyo de iniciativas respaldadas por el sector privado en el marco de procesos de contratación. Ahora bien, en el caso de autos el pliego de la contratación signada bajo la nomenclatura N° DA-CA-2010-0001, indica igualmente que el oferente debe consignar anexo a la propuesta la declaración jurada de responsabilidad social, que en el caso sub examine corresponde al porcentaje del tres (3%) de la cantidad del contrato, es decir, la cantidad de quinientos un mil treinta y siete bolívares con cuarenta y un céntimos (Bs. 501.037,41), por concepto al aporte monetario de su oferta, la cual asciende a la cantidad de dieciséis millones setecientos un mil doscientos cuarenta y siete bolívares (Bs. 16.701.247,00). Vistas la argumentación argüida por la Apoderada Judicial de la Sociedad Mercantil La Oriental de Seguros, C.A., con respecto al compromiso de responsabilidad social, devenido

del proceso de contratación realizado por la Alcaldía del Municipio Baruta del estado Miranda con su representada, resulta necesario para esta Corte señalar lo que la doctrina y la jurisprudencia ha determinado con respecto a las contribuciones parafiscales. Las contribuciones parafiscales son “las exacciones recabadas por ciertos entes públicos para asegurar su financiamiento autónomo, razón por la cual generalmente lo producido no ingresa a la tesorería estatal o rentas generales, sino en los entes recaudadores o administradores de fondos obtenidos” (...) las mismas se constituyen como aquellas en los que el gasto público se provoca de modo especial por personas o clases determinadas, y son recabados por ciertos Entes públicos para asegurar su financiamiento autónomo, este tipo de contribución no incluye su producto en los presupuestos estatales; no son cobrados por los organismos específicamente fiscales del Estado; y tampoco ingresan a las tesorerías estatales, sino directamente en los Entes recaudadores y administradores de los fondos (...)”. (Destacado de la Sala).

A su vez en el fallo apelado, el a quo indicó:

“(...)en [el] caso bajo estudio se trata de una obligación de carácter legal que está establecida en la Ley de Contrataciones Públicas y su Reglamento, la cual se genera en virtud de la participación de una empresa en el marco de un proceso de contratación iniciado por algún organismo público, resultando un requisito para las participantes empresas- presentar la declaración jurada de cumplimiento en la oferta, conforme el porcentaje fijado por el contratante, que podrá ser establecido entre un uno por ciento (1 %) hasta un valor máximo del cinco por ciento (5 %) del monto del contrato suscrito que asumirán los contratistas beneficiarios de la adjudicación, según la previsión del artículo 35 del Reglamento de la Ley de Contrataciones, publicado en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.181 de fecha 19 de mayo de 2009. Así, partiendo del carácter técnico que caracteriza la contribución

parafiscal, esta Corte no observa relación alguna entre lo que constituye el compromiso de responsabilidad social, proveniente de un proceso de contratación que ope legis debe ser otorgado por la Sociedad Mercantil que resulte seleccionada en el proceso licitatorio. En efecto, advirtiendo las características del compromiso de responsabilidad social y las causas por las cuales el legislador intencionalmente incluyó este requisito en los procesos de contratación, mal podría alegar la parte apelante que dicho compromiso se trata de una contribución parafiscal, en virtud que no guarda desde el punto de vista de su concepción un aporte de carácter tributario, por lo que esta Corte desestima el fundamento expuesto por la Apoderada Judicial de la Sociedad Mercantil La Oriental de Seguros, C.A., atinente al supuesto carácter parafiscal del compromiso de responsabilidad social. (...) Por otra parte, constituyendo la Alcaldía del Municipio Baruta del estado Miranda, el Ente político territorial contratante del señalado servicio de póliza de salud para los empleados de ésta y encontrándose dentro de los requisitos contractuales establecidos a través de la norma especial que rige la materia, mal podría indicar la apelante que existe la falta de legitimidad para solicitar el cumplimiento de dicho requisito (...) Siendo ello así, considera esta Corte que resultando la Alcaldía del Municipio Baruta del estado Miranda y la Sociedad Mercantil La Oriental de Seguros, C.A., los sujetos de derechos contratantes en el marco del proceso de contratación del servicio de póliza de seguro de hospitalización, cirugía y maternidad (HCM) para el personal de la Alcaldía, Servicios Autónomos y Juntas Parroquiales, empleados, docentes, obreros, jubilados, pensionados y contratados durante el año 2010, del Municipio Baruta del estado Miranda, según la oferta propuesta, en el pliego para la contratación signada bajo la nomenclatura N° DA-CA-2010-001, son estas mismas personas las llamadas y legitimadas a solicitar el cumplimiento de las cláusulas contractuales en caso de incumplimiento. (...) Corresponde a esta Corte igualmente señalar con respecto a la incompatibilidad de procedimientos alegada por la parte apelante pues a su decir, el

procedimiento aplicado resulta incompatible toda vez que para el cobro de la cantidad correspondiente al compromiso de responsabilidad social debió ser instaurado el procedimiento previsto en el artículo 177 y siguientes del Código Orgánico Tributario, sobre la base de tal argumentación este Órgano Jurisdiccional debe referir nuevamente la argumentación previamente desarrollada con respecto a la naturaleza jurídica del concepto reclamado, el cual no reviste desde ningún punto de vista carácter tributario, por lo que mal podría este Órgano Jurisdiccional declarar la incompatibilidad de procedimientos ante una solicitud que no forma parte de las conocidas contribuciones parafiscales. Como corolario de lo anterior, debe esta Instancia precisar que frente a la solicitud de cumplimiento de las cláusulas contractuales, surgida en el marco de un proceso de contratación instaurado por el Municipio Baruta del estado Miranda, para la adquisición del servicio de póliza de seguro de hospitalización, cirugía y maternidad (HCM) para el personal de la Alcaldía, Servicios Autónomos y Juntas Parroquiales, empleados, docentes, obreros, jubilados, pensionados y contratados, en el que intervienen los intereses patrimoniales de dicho Ente político territorial, este Órgano Jurisdiccional no corresponde con el argumento expuesto por la apelante, pues la competencia material que corresponde a los fines de dilucidar lo relacionado con el cumplimiento del contrato administrativo suscrito en el marco del proceso de contratación sub examine signado bajo la nomenclatura N° DA-CA-2010-001, es la Jurisdicción Contencioso Administrativa. (...) En atención a lo expuesto, esta Corte observa de los elementos constitutivos del presente cuaderno separado, que la reconvencción propuesta en fecha 9 de mayo de 2013, contiene los requisitos establecidos para ello, en virtud que es una pretensión esgrimida por la Alcaldía demandada, independiente de la pretensión principal, en ese sentido introduce una nueva petición que debe ser resuelta, no siendo una excepción, defensa o rechazo a los términos en que la demanda fue propuesta. Razón por la cual, al revisar los extremos legales que establece el artículo 366 del código de Procedimiento

Civil esta Corte no observa razón para declarar la Inadmisibilidad de la acción propuesta (...)" (Destacado y corchete de la Sala).

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil .

SENTENCIA: RC.000360.

FECHA: 09 de septiembre de 2014.

PARTES: Luisa Mercedes Díaz contra Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A.

.....
**TEMA: RENOVACIÓN Y LA FALTA DE PAGO DE LA PRIMA
EN EL CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: siendo el pago de la prima una de las obligaciones del tomador y una condición imprescindible para que se produzca la renovación de la póliza para un nuevo período luego del vencimiento del anterior, y no habiendo el tomador cumplido con el pago de dicha prima al vencimiento de la póliza correspondiente, ni en el período de gracia, es forzoso concluir que la póliza no fue renovada por responsabilidad de su tomador.

EXTRACTO:

La Sala, para decidir observa:

Al respecto de los argumentos empleados por la recurrente para soportar su denuncia de casación sobre los hechos, esta Sala considera menester analizar con carácter previo los requisitos que debe cumplirse cuando se presenta una denuncia de esta naturaleza.

En principio, esta Sala ha establecido reiteradamente que resulta un error mezclar en una misma denuncia los vicios de suposición falsa, la incon-

gruencia del fallo, tergiversación y errónea interpretación del contrato, así como de su calificación, lo cual de por sí constituye un error, pero lo es aún más el hecho de no haber mencionado ninguna norma jurídica que soporte la denuncia en casación. En efecto, la formalizante hace una serie de señalamientos sobre la interpretación del contrato de seguro, y con base en ello, hace referencia al contenido del artículo 1.167 del Código Civil, haciendo mención única y exclusivamente que “el referido error fue determinante del dispositivo del fallo recurrido, toda vez que el artículo 1.167 del Código Civil contempla la posibilidad de intentar la pretensión de cumplimiento de contrato, que es precisamente lo planteado en el juicio”, lo cual hace que, además de que exista una inadecuada fundamentación de la denuncia, se dificulte la comprensión de lo delatado.

Respecto a la técnica necesaria para interponer el recurso de casación, la Sala ha establecido que conforme a lo dispuesto en el artículo 317 del Código de Procedimiento Civil, se deben observar en el mismo orden en que se expresan, los siguientes requisitos: 1) La decisión o las decisiones contra las cuales se recurre; 2) Los quebrantamientos u omisiones a que se refiere el ordinal 1° del artículo 313; 3) La denuncia de haberse incurrido en alguno o algunos de los casos contemplados en el ordinal 2° del artículo 313 *eiusdem*, con expresión de las razones que demuestren la existencia de la infracción, falta de aplicación, falsa aplicación o aplicación errónea; y 4) La especificación de las normas jurídicas que el tribunal de la última instancia debió aplicar y no aplicó, para resolver la controversia, con expresión de las razones que demuestren la aplicabilidad de dichas normas. (Ver sentencia N° 657, de 15 de octubre de 2012, caso: Bertha Pinto de Bastardo contra Karin Jorge Kalaja Karakoc, que ratificó el criterio sentado en el fallo N° 555, de fecha 24 de noviembre de 2010, caso: Teodosia Silva de Luna contra Pablo Jesús Alvarado y otro).

De lo anterior se pone de manifiesto, que para formular denuncias en casación, independientemente de su naturaleza, debe el formalizante satisfacer las exigencias previstas en el artículo 317 del Código de Procedimiento Civil, al ser imprescindible la utilización de una adecuada fundamentación

jurídica junto con los argumentos que guarden una pertinente relación entre el error delatado y la infracción presuntamente cometida por la sentencia recurrida, para que pueda comprenderse lo que se pretende denunciar ante este Alto Tribunal.

Sin embargo esta Sala en atención a la aplicación de los principios contenidos en los artículos 26 y 257 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que garantizan a los justiciables que los procesos judiciales se llevarán a cabo sin formalismos, y que el proceso constituye un instrumento fundamental para la realización de la justicia, y dejando a un lado la falta de técnica de la formalizante, la Sala aprecia que aun cuando existe una mezcla indebida de denuncias, entiende que lo que realmente pretende denunciar es el supuesto error cometido por el juez en la interpretación del contrato que, según alega, le impidió apreciar que la empresa aseguradora no cumplió con el contenido de la cláusula quinta del contrato de seguro, que la obligaba a notificarle su voluntad de no prorrogar la póliza de seguro, mediante una denuncia de suposición falsa.

En este sentido, la Sala en cuanto a la suposición falsa ha expresado que consiste en la afirmación de un hecho positivo y concreto que resulta falso o inexacto, porque el juez atribuyó a instrumentos o actas del expediente menciones que no contiene, o dio por demostrado un hecho con pruebas que no aparecen en autos o cuya inexactitud resulta de actas e instrumentos del expediente mismo.

Precisamente, por constituir un motivo autónomo y distinto de casación, la Sala ha indicado que la denuncia debe indicar a) el hecho positivo y concreto que el juzgador haya dado por cierto valiéndose de una falsa suposición; b) a cuál de los tres casos de suposición falsa se refiere la denuncia; c) el señalamiento del acto o instrumento cuya lectura patentice la falsa suposición; d) los textos aplicados falsamente, porque el juez da por cierto un hecho valiéndose de una suposición falsa; e) la especificación de las normas que dejaron de ser aplicadas con motivo de la suposición falsa, y f) la exposición de las razones que demuestren que la infracción

cometida es determinante en el dispositivo de la sentencia.

En relación con el requisito de la indicación del hecho preciso, positivo y concreto, esta Sala, mediante sentencia N° 259, de fecha 19 de mayo de 2005, caso: (Jesús Enrique Gutiérrez Flores c/ Carmen Nohelia Contre-ras), expresó lo siguiente:

“la suposición falsa tiene que referirse forzosamente a un hecho positivo y concreto que el juez establece falsa e inexactamente en su sentencia a causa de un error de percepción, entre otras razones, porque no existan las menciones que equivocadamente atribuyó a un acta del expediente. Ahora bien, como el mencionado vicio sólo puede cometerse en relación con un hecho establecido en el fallo, quedan fuera del concepto de suposición falsa las conclusiones del juez con respecto a las consecuencias jurídicas del hecho, porque en tal hipótesis se trataría de una conclusión de orden intelectual que, aunque errónea, no configuraría lo que la ley y la doctrina entienden por suposición falsa”.

Queda claro, pues, que de conformidad con la doctrina antes transcrita, el vicio de suposición falsa consiste en el establecimiento de un hecho particular, positivo y preciso, que es falso, y no se encuentra comprendido dentro de las conclusiones a las que arriba el sentenciador una vez analizados los hechos establecidos en el expediente.

Ahora bien, observa esta Sala, que el formalizante alega el hecho que falsamente fijó el juez por un error de percepción, estaría constituido por las conclusiones jurídicas a las que arribó el sentenciador luego de haber analizado e interpretado el contrato sometido a su consideración, esto es, haber establecido que transcurrió íntegramente el plazo de gracia y de espera para que la demandante realizara el pago de la prima correspondiente al periodo 2011-2012, cuyo pago no constaba en autos para que la demandante continuara disfrutando de los servicios de la empresa aseguradora.

En efecto, el juez superior al momento de dictar sentencia arribó a la siguiente conclusión:

“MOTIVA

Visto lo anterior, este Juzgador previo análisis de las pruebas up supra señaladas y revisión de los autos considera:

En el caso en cuestión, es necesario regirse por la Ley de contrato de seguro que es la que regula la materia. De acuerdo al artículo 6° de la mencionada Ley tenemos que el contrato de seguro se constituye como: “un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio, de buena fe y de ejecución sucesiva”; y en su artículo 4° establece los principios de interpretación, que copiados son:

Artículo 4°. “Cuando sea necesario interpretar el contrato de seguro se utilizarán los principios siguientes:

1. Se presumirá que el contrato de seguro ha sido celebrado de buena fe.
2. Las relaciones derivadas del contrato de seguro se rigen por el presente Decreto Ley y por las disposiciones que convengan las partes a falta de disposición expresa o cuando la ley señale que una determinada disposición no es de carácter imperativa. En caso de duda se aplicará la analogía y cuando no sea posible aplicarla el intérprete recurrirá a la costumbre, a los usos y a la práctica generalmente observado en el mercado asegurador venezolano.
- Sólo se acudirá a las normas de derecho civil, cuando no exista disposición expresa en la ley o en la costumbre mercantil.
3. Los hechos de los contratantes, anteriores, coetáneos y subsiguientes a la celebración de contrato, que tengan relación con lo que se discute, serán la mejor explicación de la intención de las partes al tiempo de celebrarse la convención.
4. Cuando una cláusula sea ambigua u oscura se interpretará a favor

del tomador, del asegurado o del beneficiario.

5. Las cláusulas que importe la caducidad de derechos del tomador, del asegurado o del beneficiario, deben ser de interpretación restrictiva, a menos que la interpretación extensiva beneficie al tomador, al asegurado o al beneficiario”.

Ahora bien, el Código Civil en su artículo 1.134 define el contrato bilateral de la siguiente manera:

Artículo 1.134: “El contrato es unilateral, cuando una sola de las partes se obliga; y bilateral, cuando se obligan recíprocamente”.

De allí que para el Civilista ELOY MADURO LUYANDO, en su libro “Curso de Obligaciones, Derecho Civil III”, Tomo II, pág. 541 (2007), define el contrato bilateral de la siguiente manera:

(Omissis)

De igual manera el referido autor en el mismo libro en su pág. 543, hace una pequeña clasificación sobre los contratos unilaterales y bilaterales, de allí tenemos que:

(Omissis)

Ahora bien, del análisis anterior de las precitadas normas, aplicado al caso en cuestión, tenemos que el contrato de seguro realizado por ambas partes establece las Condiciones Generales y Particulares, aprobados por la Superintendencia de Seguros, de cuyo contenido se desprende la Cláusula 5 de las Condiciones Generales que es objeto de la pretensión por parte de la accionante: Cláusula 5: “La vigencia de esta póliza es por el término de la Primera Prima pagada, a contar de la fecha de comienzo de la Póliza y el pago de las primas subsiguientes, a su vencimiento, renovará la vigencia por los períodos a que corresponda cada pago de acuerdo a lo previsto en la presente cláusula.

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el tomador pague la prima correspondien-

te al nuevo período de seguro, de acuerdo a lo establecido en la cláusula 11 Plazo de Gracia de las condiciones particulares de la presente póliza, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior.

La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en el Cuadro-Recibo, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

Al respecto, resulta importante desprender de la precitada norma las siguientes características: a) el pago de las primas subsiguientes a los nuevos períodos, renovará la vigencia del período que corresponde a cada una. b) una vez que el tomador pague la prima correspondiente al nuevo periodo, el contrato se renueva automáticamente, mas no significa que sea un nuevo contrato, es decir que si el Tomador paga la prima en el tiempo estipulado o lo hace durante los plazos de gracia y de espera, da a entender a la empresa que desea continuar disfrutando de los servicios de dicha empresa, pero si el Tomador no llegase a pagar la prima durante todo ese tiempo quiere decir que no va a continuar con el contrato por la falta de pago. c) si ninguna de las partes contratantes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, el contrato continúa surtiendo sus efectos en la forma que fue convenido. Ahora bien, en el caso bajo estudio y de la revisión minuciosa de las actas procesales, se observa que se dejaron transcurrir íntegramente los plazos de gracia y de espera para que la demandante realizara el pago de la prima correspondiente al período 2011-2012, cuyo pago no consta en autos para que la demandante continuara disfrutando de los servicios de la empresa aseguradora. Y así se decide.

(Omissis)

En cuanto al cuadro-recibo de la póliza de Liberty Salud N° 2405466, consignado por la demandada como prueba, observa este sentenciador que se evidencia la voluntad de prorrogar el referido con-

trato por parte de la empresa aseguradora y que además de ser un trámite administrativo la emisión del mismo, se perfecciona con el pago de la prima convenida por parte del tomador, como lo establece el artículo 51 de la Ley de contrato de seguro “(...) La emisión de un cuadro recibo o recibo de póliza para un nuevo período y el pago de la prima son prueba de la renovación de la póliza en las mismas condiciones en que estaba pactada”. En relación a ello y de la revisión exhaustiva de las actas procesales, no se evidencia en autos el pago de la prima correspondiente al período 2011-2012 por parte de la demandante. Y así se decide”. (Negrillas de la Sala).

Como se evidencia de la precedentemente transcripción de la sentencia recurrida, el juez superior estableció que del análisis de los artículos 4° y 6° de la Ley de contrato de seguro, del artículo 1.134 del Código Civil así como de la Cláusula 5° de las Condiciones Generales del contrato de seguro, aprobado por la Superintendencia de Seguros “la vigencia de esta póliza es por el término de la primera prima pagada, a contar de la fecha de comienzo de la póliza y el pago de las primas subsiguientes, a su vencimiento, renovará la vigencia por los períodos a que corresponda cada pago de acuerdo a lo previsto en la presente cláusula”.

Con base en la anterior determinación, el juez superior consideró que “el contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el tomador pague la prima correspondiente al nuevo período de seguro, de acuerdo a lo establecido en la cláusula 11 Plazo de Gracia de las condiciones particulares de la presente póliza, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior” y que “la prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en el Cuadro-Recibo, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso”. Al respecto, dejó asentado que “en el caso bajo estudio y de la revisión minuciosa de las actas procesales, se observa que

se dejaron transcurrir íntegramente los plazos de gracia y de espera para que la demandante realizara el pago de la prima correspondiente al período 2011-2012, cuyo pago no consta en autos para que la demandante continuara disfrutando de los servicios de la empresa aseguradora”, y que del “cuadro-recibo de la póliza de Liberty Salud N° 2405466, consignado por la demandada como prueba, observa este sentenciador que se evidencia la voluntad de prorrogar el referido contrato por parte de la empresa aseguradora y que además de ser un trámite administrativo la emisión del mismo, se perfecciona con el pago de la prima convenida por parte del tomador, como lo establece el artículo 51 de la Ley de contrato de seguro (...) La emisión de un cuadro recibo o recibo de póliza para un nuevo período y el pago de la prima son prueba de la renovación de la póliza en las mismas condiciones en que estaba pactada. En relación a ello y de la revisión exhaustiva de las actas procesales, no se evidencia en autos el pago de la prima correspondiente al período 2011-2012 por parte de la demandante”, determinando con todo ello, que la póliza no pudo ser renovada por responsabilidad de la tomadora quien no pagó la prima antes de su vencimiento ni en el período de gracia establecido en el contrato de seguro. (Negrillas de la Sala).

Así las cosas, no obstante que la doctrina de este Alto Tribunal ha establecido reiteradamente que es de la soberanía de los jueces de instancia la interpretación de los contratos, en el caso de autos, la Sala observa que de conformidad con el artículo 16 de la Ley del contrato de seguro, la póliza de seguro es el documento escrito en donde constan las condiciones del contrato; las pólizas de seguros deberán contener como mínimo lo siguiente: 8. Las condiciones generales y particulares que acuerden los contratantes.

El artículo 17 de la Ley del contrato de seguro establece lo que se entiende por condiciones generales como aquellas que establecen el conjunto de principios que prevé la empresa de seguros para regular todos los contratos de seguros que emita en el mismo ramo o modalidad; y por condiciones particulares aquellas que contemplan los aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

Por su parte, estableció la recurrida que la cláusula 5° del contrato de seguro objeto de la demanda establece lo siguiente:

“CLAUSULA 5: RENOVACIONES

La vigencia de esta Póliza es por el término de la primera Prima pagada, a contar de la fecha de comienzo de la Póliza y el pago de las Primas subsiguientes, a su vencimiento, renovará la vigencia por los períodos a que corresponda cada pago de acuerdo a lo previsto en la presente cláusula.

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el tomador pague la prima correspondiente al nuevo período del seguro, de acuerdo a lo establecido en la cláusula 11 “Plazo de Gracia” de las condiciones particulares de la presente póliza, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior”.

Asimismo, dejó asentado la alzada que la cláusula 11 de las condiciones particulares de la póliza de seguro Médico Liberty Salud Total, es del siguiente tenor:

“CLAUSULA 11: PLAZO DE GRACIA

Con el fin de no causar interrupciones en la protección ofrecida por la Póliza y de evitar plazos de espera en ocasión de las renovaciones, el Asegurado debe efectuar el pago de las Primas de futuros períodos, a más tardar el mismo día en que termina el período anterior. La falta de pago de la prima en el tiempo establecido en el párrafo anterior, se entenderá como la voluntad del tomador de anular la póliza, quedando ésta sin validez ni efecto alguno”. (Negritas de la Sala).

De la cláusula 5° se evidencia que el contrato se renovará automáticamente siempre que el tomador pague la prima correspondiente. De la misma

forma, conforme al artículo 20 de la Ley del contrato de seguro dispone que el tomador, el asegurado o el beneficiario deberá: b. Pagar la prima en la forma y tiempo convenidos.

Esta Sala, con fundamento a las normativas *ut supra* transcritas, así como acogiendo lo establecido por el sentenciador de alzada y siendo el pago de la prima una de las obligaciones del tomador y una condición imprescindible para que se produzca la renovación de la póliza para un nuevo período luego del vencimiento del anterior, y no habiendo la actora cumplido con el pago de dicha prima al vencimiento de la póliza correspondiente al período 2011-2012 ni en el período de gracia, según estableció el *ad quem* en su sentencia de alzada, es forzoso concluir que la póliza no fue renovada por responsabilidad de su tomadora, al no haber demostrado en los autos pago alguno de la prima, por tanto, la conclusión del sentenciador sobre la interpretación y alcance del contrato de seguro es compatible con el texto y las normas establecidas por la Superintendencia de Seguros para este tipo de contratos, razones suficientes para que este Alto Tribunal considere que no es procedente la denuncia de suposición falsa por tergiversación del contrato planteada por el formalizante, por cuanto, tal como se reitera, el pago de la prima es una de las obligaciones del tomador y una condición imprescindible para que se produzca la renovación de la póliza para un nuevo período luego del vencimiento del período anterior, y no habiendo la actora cumplido con el pago de dicha prima al vencimiento de la póliza correspondiente al período 2011-2012 ni en el período de gracia, no resulta procedente esta denuncia.

Con base en las razones expuestas, esta Sala desestima la denuncia de suposición falsa por tergiversación del contrato, delatada por la formalizante. Así se establece.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil .

SENTENCIA: RD.000742.

FECHA: 02 de diciembre de 2014.

PARTES: Jorge Tawil Bernoti contra Estar Seguros, S.A.

.....

TEMA: PROTESTA DE MAR

Máxima: la Ley de Comercio Marítimo define a la protesta de mar como el acto mediante el cual el Capitán o las personas que tienen conocimiento de un hecho, que puede generar su responsabilidad, la de sus principales o dependientes, deben informar por cualquier medio las circunstancias de dichos eventos ante la Autoridad Acuática o consular competente en el primer puerto de arribo del buque. Las protestas de mar deberán formularse, dentro de las 24 horas siguientes de la arribada del buque al puerto, mediante intercambio electrónico de datos o por otro medio que permita hacerlo.

Máxima: el artículo 87 de la Ley General de Marinas y Actividades Conexas establece que en caso de pérdida, naufragio, incendio, abordaje, varadura o averías de buques, el Capitán está obligado, con el Jefe de Máquinas, el Primer Oficial y otro miembro de la tripulación a presentar por escrito un informe sobre el suceso, dentro de las veinticuatro (24) horas de su llegada a un puerto cualquiera, al Capitán de Puerto de la circunscripción, si arribare a puerto venezolano, o al Cónsul de Venezuela o, en su defecto, a la autoridad consular competente del lugar, si arribare a puerto extranjero. En uno u otro caso, este informe será presentado por ante el Tribunal Marítimo de la jurisdicción del primer puerto venezolano donde llegare el Capitán del Buque y los oficiales o tripulantes.

Máxima: el Ad quem aplicó correctamente la norma jurídica adecuada, y además la interpretó de forma acertada cuando evidenció que el protesto de mar sólo había sido formado por el Capitán, lo que lo hacía inválido, al faltar la firma del jefe de máquinas, o del primer oficial o de cualquier otro miembro de la tripulación.

EXTRACTO:

De la denuncia parcialmente transcrita, se observa que el formalizante delata que el juez de alzada “erró en la interpretación de las normas en las cuales fundamentó su decisión” y que para fundamentar la recurrida cita una sentencia de esta Sala de Casación Civil, “...que refiere al artículo 649 del Código de Comercio como norma que regula la protesta de mar, pero es el caso, que dicha norma fue derogada con motivo de la promulgación de la Ley de Comercio Marítimo...” y que la norma aplicable en este caso es la Ley de Comercio Marítimo, en sus artículos 5° y 6°, que además con dicho vicio se le vulneró el derecho a la tutela judicial efectiva, el derecho a la defensa y al debido proceso preceptuado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en sus artículos 26 y 49, violentando la norma adjetiva civil en sus artículos 12 y 15, que le impone a los jueces tener por norte de sus actos la verdad y garantizarle a las partes igualdad de condiciones en el proceso.

Ahora bien, el recurrente en el encabezado de la presente denuncia delata la errónea interpretación para luego en el desarrollo de la misma indicar que hay falta de aplicación de la norma, siendo que el ordinal 2° del artículo 313 del Código Procesal Civil, contempla separadamente los posibles motivos de la denuncia por infracción de ley, entre ellos, la errónea interpretación acerca del contenido y alcance de una disposición expresa de la ley, por una parte, y la falta de aplicación, por otra; conservando cada uno de ellos, en todo momento, especificidad del caso; el primero, en cuanto el vicio tiene lugar cuando el juez aplica la norma adecuada al caso, pero

yerra en el sentido y consecuencias que le reconoce o adjudica; el segundo, en cuanto supone que el juez negó aplicación o vigencia a una norma pertinente.

En este sentido, cabe precisar que el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, prevé los errores de juzgamiento en que puede incurrir el juez al dictar su decisión, los cuales son los siguientes: errónea interpretación, falsa aplicación, falta de aplicación o violación de una máxima de experiencia. Estos quebrantamientos de ley consisten particularmente en: a) error de derecho propiamente dicho, que se verifica en la interpretación y aplicación de las normas sustantivas o adjetivas para resolver el asunto debatido; b) el error de derecho al juzgar los hechos, que comprende la infracción de las normas que regulan: b.1) el establecimiento de los hechos, b.2) la apreciación de los hechos, b.3) el establecimiento de las pruebas, y b.4) la apreciación de las pruebas; y, finalmente c) los errores de hecho o de percepción en el juzgamiento de los hechos, que conducen por vía de consecuencia a un error de derecho, que son los tres casos de suposición falsa previstos en el artículo 320 del Código de Procedimiento Civil: c.1) atribuir a un acta o instrumento del expediente menciones que no contiene, c.2) establecer hechos positivos y precisos con pruebas que no existen, y c.3) fijar hechos con pruebas inexactas. (Vid. Sent. fecha 18 de mayo de 2009, Exp. N°. 2008-000712, caso: Claudia Ochoa Sanoja contra Latcapital Solutions, Inc.).

En todos los casos antes señalados, el formalizante debe plantear ordenadamente y en forma unívoca las denuncias, además de razonar de forma clara y precisa en qué consiste la infracción, esto es, señalar cómo, cuándo y en qué sentido se produjo. Adicionalmente, debe también indicar si la norma denunciada fue infringida por errónea interpretación, falsa o falta de aplicación, así como demostrar que el error de juicio fue determinante en el dispositivo del fallo.

Una vez aclarado lo anterior, la Sala observa que ciertamente de la revisión de las actas procesales se evidencia que la recurrida en su análisis con

respecto a la prueba de protesta de mar de fecha 11 de enero de 2010, cita la sentencia N° 644 de fecha 11 de octubre de 2005, de esta Sala de Casación Civil, cuando aún no estaba vigente la Ley de Comercio Marítimo, esta fue realizada con el fin de conceptualizar la protesta de mar y cuál es su naturaleza como prueba, para luego llegar a la conclusión que “...la protesta de mar no fue realizada en la forma prevista en legislación venezolana, toda vez que solo fue presentada por el capitán sin la firma del otro miembro de la tripulación, y no fue ratificada por ante el tribunal marítimo, todo conforme con lo establecido en los artículos 5 y 6 de la Ley de Comercio Marítimo, concordado con el artículo 87 de la Ley General de Marinas y Actividades Conexas...”.

Ahora bien la Ley de Comercio Marítimo en su artículo 5° preceptúa lo siguiente:

“...Para todos los efectos de esta Ley, se entiende por Protesta de Mar, el acto mediante el cual el Capitán o las personas que tienen conocimiento de un hecho, que puede generar su responsabilidad, la de sus principales o dependientes, deben informar por cualquier medio las circunstancias de dichos eventos por ante la Autoridad Acuática o consular competente en el primer puerto de arribo del buque. Las protestas de mar deberán formularse, dentro de las 24 horas siguientes de la arribada del buque al puerto, mediante intercambio electrónico de datos o por otro medio que permita hacerlo”.

Mientras que en su artículo 6° prevé:

“...La Autoridad Acuática o consular venezolana deberá recibir las protestas de mar por parte del capitán o de las personas que tiene conocimiento directo de un accidente de mar, y cuando fuere el caso, interrogar a los mismos, a los tripulantes y pasajeros, para comprobar la veracidad de los hechos.”

Así mismo el artículo 87 de la Ley General de Marinas y Actividades Conexas establece:

“...En caso de pérdida, naufragio, incendio abordaje, varadura o averías de buques, el Capitán está obligado, con el Jefe de Maquinas, el Primer Oficial y otro miembro de la tripulación a presentar por escrito un informe sobre el suceso, dentro de las veinticuatro (24) horas de su llegada a un puerto cualquiera, al Capitán de Puerto de la circunscripción, si arribare a puerto venezolano, o al Cónsul de Venezuela o, en su defecto, a la autoridad consular competente del lugar, si arribare a puerto extranjero. En uno u otro caso, este informe será presentado por ante el Tribunal Marítimo de la jurisdicción del primer puerto venezolano donde llegare el Capitán del Buque y los oficiales o tripulantes.

La presentación del informe ante el Capitán de Puerto o el Cónsul, con la nota de admisión por parte de éstos, conferirá a dicho informe el carácter de autentico...” (Resaltado es de la Sala).

De lo anterior se colige, que el juez de la recurrida en uso de la hermenéutica jurídica aplicó las normas vigentes que rigen en materia de comercio marítimo, las actividades marinas y conexas, dándole a cada norma el significado que tiene, pues dichas normas fueron analizadas y aplicadas en su conjunto, no aisladamente como pretende el recurrente que sea aplicada. La presente delación sólo se refiere a los artículos 5° de la Ley de Comercio Marítimo que realiza la definición de la protesta de mar y ante quien, la forma, tiempo y cómo debe realizarse, y el artículo 6° *ibidem*, establece la forma de proceder de la autoridad acuática o consular al momento de tener conocimiento de un accidente de mar, obviando, que la recurrida aplicó el artículo 87 de la vigente Ley de Actividades Marinas y Conexas, norma esta que impone al Capitán, en caso de pérdida, naufragio, incendio, abordaje, varadura o averías de buques, conjuntamente con el jefe de máquinas, el primer oficial o cualquier otro miembro de la tripulación, la obligación de firmar el protesto de mar ante la autoridad acuática o consular, este último si arribare a puerto extranjero, debiendo en ambos

casos presentarlo ante un Tribunal Marítimo de la jurisdicción del primer puerto venezolano.

Por ello, el Ad quem aplicó correctamente la norma jurídica adecuada, y además la interpretó de forma acertada cuando evidenció que el protesto de mar sólo había sido formado por el Capitán, lo que lo hacía inválido, al faltar la firma del jefe de máquinas, o del primer oficial o del cualquier otro miembro de la tripulación. Así se establece.

.....

TEMA: PROTESTO DE MAR (NATURALEZA PROBATORIA)

Máxima: el protesto de mar constituye un documento en sentido amplio, por cuanto es capaz de representar en forma impresa hechos, que al ser reconocido ante funcionarios públicos adquiere certeza legal respecto de su autor y, por ende, adquiere autenticidad, sin que pueda ser asimilado a la categoría de prueba documental, prevista en los artículos 1.359 y siguientes del Código Civil, por no tener contenido negocial, sino meras declaraciones de conocimiento, que si bien podrían ser asemejadas a un testimonio o una experticia, no son rendidas por un tercero ajeno al proceso y sin interés personal ni directo sobre los hechos declarados, ni tampoco son formadas por requerimiento del juez, sino en cumplimiento de un mandato legal, lo que permite concluir que se trata de un medio de prueba sui géneris, particular y diferente de cualquier otro medio de prueba, que contiene norma expresa de establecimiento y valoración de la prueba, de naturaleza especial y aplicación preferente respecto de cualquier otra, que en el caso concreto es el artículo 649 del Código de Comercio, de conformidad con el cual produce fe, salvo prueba en contrario.

Máxima: el juez al momento de apreciar el protesto de mar como prueba, la valoró conforme al principio de alteridad de la prueba y a la garantía constitucional del derecho a la defensa, señalando que al haber sido firmada únicamente por el capitán, quien es también la parte actora, éste no podía fabricarse su propia prueba a su favor. Que además, este modo impide claramente el control de la contraparte sobre la prueba y que al tener interés propio y directo en los hechos presenciados, su declaración pueda ser considerada subjetiva e interesada, lo que no coadyuva ni garantiza el hallazgo de la verdad.

EXTRACTO:

Por otra parte, de la presente delación se colige una pretensión sobre la forma de valoración de la prueba de protesto de mar, la cual, en sus dichos, tiene fuerza de documento público y de presunción de legitimidad, por lo tanto, la verdad de las declaraciones en ella contenidas hace fe hasta prueba en contrario.

Contrario a lo sostenido, la Sala de Casación Civil, en sentencia N° 644, de fecha 11 de octubre de 2005, expediente N° 202-000452, caso: Ferrum C.A., contra Sigalca, estableció la naturaleza probatoria del protesto de mar, así:

“...Por esas razones deja sentado que el protesto de mar constituye un documento en sentido amplio, por cuanto es capaz de representar en forma impresa hechos, que al ser reconocido ante funcionarios públicos adquiere certeza legal respecto de su autor y, por ende, adquiere autenticidad, sin que pueda ser asimilado a la categoría de prueba documental, prevista en los artículos 1.359 y siguientes del Código Civil, por no tener contenido negocial, sino

meras declaraciones de conocimiento, que si bien podrían ser asemejadas a un testimonio o una experticia, no son rendidas por un tercero ajeno al proceso y sin interés personal ni directo sobre los hechos declarados, ni tampoco son formadas por requerimiento del juez, sino en cumplimiento de un mandato legal, lo que permite concluir que se trata de un medio de prueba sui géneris, particular y diferente de cualquier otro medio de prueba, que contiene norma expresa de establecimiento y valoración de la prueba, de naturaleza especial y aplicación preferente respecto de cualquier otra, que en el caso concreto es el artículo 649 del Código de Comercio, de conformidad con el cual produce fe, salvo prueba en contrario...”.

Como se evidencia, contrario a lo señalado por el recurrente, el Juez no podía darle el valor de documento público, debiendo tenerla, como lo hizo, como una prueba sui generis de la cual determinará, en atención de la fe que genere su contenido, el establecimiento de los hechos que considere salvo prueba en contrario.

En este sentido, el juez al momento de apreciar la protesta de mar como prueba, la valoró conforme al principio de alteridad de la prueba y a la garantía constitucional del derecho a la defensa, señalando que al haber sido firmada únicamente por el capitán, quien es también la parte actora, éste no podía fabricarse su propia prueba a su favor. Que además, este modo impide claramente el control de la contraparte sobre la prueba y que al tener interés propio y directo en los hechos presenciados, su declaración pueda ser considerada subjetiva e interesada, lo que no coadyuva ni garantiza el hallazgo de la verdad.

En consecuencia, esta Sala declara improcedente, la denuncia por errónea interpretación al haberse constatado la adecuada y correcta aplicación de los artículos 5° y 6° de la Ley de Comercio Marítimo, y determina que no se conculcó el derecho a la defensa y al debido proceso. Así se decide.

.....
TEMA: CONTRATOS DE SEGUROS MARÍTIMOS (CARGA DE LA PRUEBA)

Máxima: el artículo 37 de la Ley del Contrato de Seguro señala que El tomador, el asegurado o el beneficiario deben probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza, pero la empresa de seguros puede probar que existen circunstancias que según el contrato de seguro o la ley la exoneran de responsabilidad.

Máxima: en la oportunidad de la contestación de la demanda, la parte demandada de manera específica negó la ocurrencia del siniestro, por lo que al haber sido contradicha la demanda sobre este particular, la demandante debía probar la ocurrencia del siniestro, lo que no pudo probar fehacientemente.

EXTRACTO:

Con fundamento en ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, el formalizante denuncia la infracción de los artículos 12 y 506 del eiusdem, del artículo 1.354 del Código Civil y el artículo 37 de la Ley del Contrato de Seguro todos por errónea interpretación.

En efecto, el recurrente expresó mediante su escrito de formalización lo siguiente:

“...Los jueces en sus decisiones deben atenerse a las normas de derecho, tal como lo preceptúa el artículo 12 de la norma adjetiva civil, en concordancia con el artículo 506 ejusdem, el cual dispone que quien pretenda que ha sido liberado de una obligación debe demostrar el hecho extintivo de la obligación.

(...Omissis...)

Mal puede alegar el Juez Ad quem que por el sólo hecho de haber negado la demandada los hechos señalados en la demanda y a su criterio, el demandante no logró probar el siniestro era suficiente para declarar sin lugar la pretensión del actor cuando en el expediente obran suficientes pruebas de la ocurrencia del siniestro, como lo son: la protesta de mar, los informes de las autoridades acuáticas, los recaudos presentados ante la empresa, el informe de Caveajustes I solicitado por la propia empresa de seguros y el hecho cierto y evidente que la demandada no rechazó el siniestro como era su obligación, sino que mediante una figura fraudulenta ‘Declina su responsabilidad’ en la indemnización del siniestro.

Honorables Magistrados (...) ha sido reiterada la jurisprudencia de este máximo Tribunal en señalar la presunción iuris tantum a favor del asegurado. Al respecto, podemos señalar que la legislación especial en materia de seguros es de carácter vinculante, de obligatoria observación por el juzgador al momento de dictar su fallo, a menos que exista una norma que indique lo contrario, de no ser así debe imperar la presunción iuris tantum a favor del asegurado, tomador o beneficiario contenida en el artículo 37 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro.

(...Omissis...)

Estas presunciones son conocidas por la doctrina como relativas, es decir, susceptibles de ser desvirtuadas mediante prueba en contrario por la parte interesada en transformar sus efectos. La presunción iuris tantum tiene el efecto de que quien se sirva de ella sólo le baste establecer los supuestos sobre el cual se fundamenta. Y por interpretación en contrario, la parte que tenga interés en contradecirla debe hacerlo en el transcurso del proceso mediante pruebas a fin de evitar sus consecuencias. Debemos entender que esta presunción legal, por si sola, tiene el efecto de invertir la carga de la prueba en materia de derecho de seguros.

El artículo 1.397 del Código Civil señala la exención de toda prueba a quien tiene la presunción a su favor, que modifica el principio

general de la carga de la prueba dispuesto en los artículos 1.354 del Código Civil y 506 del Código de Procedimiento Civil. Por ello, el Juez Ad quem, a los fines de dictar sentencia de la cual recurrimos en este acto, debió revisar los alegatos de la aseguradora demandada a la luz de las pruebas consignadas por las partes, evidenciar las pruebas del siniestro que cursan en el expediente y en consecuencia, señalar en la sentencia que produjo y de la cual recurrimos que la empresa STAR SEGUROS S.A. tenía la obligación, desde el punto de vista de sus intereses, no sólo de afirmar los hechos en que se fundan sus defensas, sino también probarlos, no siendo suficiente un rechazo genérico como lo hicieron en la contestación de la demanda. Esta necesidad de probar para vencer, por imperio de la ley, es lo que se llama la carga de la prueba.

En la presente causa la parte demandada no promovió ni evacuó prueba alguna capaz de desvirtuar la presunción legal establecida a favor del beneficiario o asegurado señalado en la póliza contenida en el artículo 37 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro. La exigencia de la uberrimae bona fidei se presenta en el contrato de seguro de forma extrema y omitida en los demás contratos. Por ello el incumplimiento de esta obligación contractual instituida en la póliza de seguro contratada representa una actuación de mala fe en el cumplimiento de sus obligaciones por parte de la empresa aseguradora demandada (...) aunado a ello debemos señalar que las obligaciones de las empresas aseguradoras están contenidas en el artículo 21 del citado Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, el cual, en su numeral 2 expresa que su obligación es pagar la suma asegurada o rechazar por escrito, y en este último caso debe motivar su decisión.

De haber el Juez Ad quem valorado las pruebas conforme a las normas que la regulan como lo son la Protesta de Mar, la consignación de los requisitos exigidos por la empresa aseguradora, las actuaciones de las autoridades acuáticas entre otros, se habría determinado ciertamente la ocurrencia del siniestro, como efectivamente ocurrió, por otro lado, al Juez Ad quem le bastó simplemente el

rechazo que hizo la empresa demandada de los hechos alegados en la demanda para revertir la carga de la prueba únicamente en el actor y liberar de toda prueba a la parte demandada, invocando el artículo 254 del Código de Procedimiento Civil, haciendo caso omiso de la presunción legal a favor del asegurado y de la necesidad, exigencia, requerimiento, orden que da la norma en cuanto a que la parte demanda (sic) debe demostrar las causas que la eximen de responsabilidad, no bastando un simple rechazo genérico de la demanda.

De haber actuado el Juez ad quem en cumplimiento de las normas antes señaladas necesariamente su decisión debía ser la de declarar con lugar la apelación presentada por el accionante y por consiguiente declarar con lugar la demanda por cobro de bolívars en contra de la empresa (...) incurriendo el Juez ad quem con sus actuaciones en un error inexcusable y declaratoria expresa al respecto...”.

Para decidir, la Sala Observa:

Denuncia el formalizante la actuación del juez de la recurrida al declarar sin lugar la demanda, aun cuando la demandada no probó las defensas expuestas en su escrito de contestación a la demanda, infringiendo con tal forma de proceder la disposición contenida en el artículo 506 del Código de Procedimiento Civil, y el artículos 1.354 del Código Civil relativos a la carga de la prueba y 37 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro todos por errónea interpretación.

El error de interpretación se produce en la labor de juzgamiento de la controversia, específicamente por la falta del juez al determinar el contenido y alcance de una regla que fue correctamente elegida para solucionar la misma surgida entre las partes, bien sea en la hipótesis abstractamente prevista en la norma o en la determinación de sus consecuencias jurídicas, y sin embargo, hace derivar de ella consecuencias que no concuerdan con su contenido. (Vid. Sent. N° 701 del 28 de octubre de 2005, Exp.v2004-

00017 caso: María Luisa Díaz Gil Fortoul contra Constructora Hermanos Ruggiero C.A.).

En referencia a lo delatado la recurrida expuso lo siguiente:

“...Resuelto lo anterior, para pronunciarse en relación con el recurso interpuesto, se advierte que en el presente caso, al tratarse de un contrato de seguro sobre un buque, lo propio es la aplicación de la normativa especial, esto es la Ley de Comercio Marítimo (artículo 37 y siguientes ‘de los seguros marítimos’), así como la Ley del Contrato de Seguro, especialmente en cuanto a la definición del término ‘sinistro’, y la prueba de su ocurrencia.

En este sentido, el artículo 37 de la Ley del Contrato de Seguro, define al siniestro, de la manera siguiente:

Artículo 37. El siniestro es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la empresa de seguros. Si el siniestro ha continuado después de vencido el contrato, la empresa de seguros responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes de la vigencia del contrato, y continúa después de que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta de la empresa de seguros, ésta queda relevada de su obligación de indemnizar. El tomador, el asegurado o el beneficiario deben probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza, pero la empresa de seguros puede probar que existen circunstancias que según el contrato de seguro o la ley la exoneran de responsabilidad.

De la interpretación del artículo 37 antes transcrito, se desprende claramente que primeramente el asegurado debe probar la ocurrencia del siniestro, para que luego la empresa de seguros pueda acordar el pago o excepcionarse de su obligación de pago de la indemnización.

En el caso de autos, en la oportunidad de la contestación de la demanda, la parte demandada de manera específica negó la ocurren-

cia del siniestro, por lo que al haber sido contradicha la demanda sobre este particular, la demandante debía probar la ocurrencia del siniestro, lo que no pudo probar fehacientemente. Así se declara...”.

De la precitada transcripción se colige, que el juez de la recurrida en primer término dejó establecido la normativa a ser aplicada para resolver la apelación sometida a su conocimiento, dentro de lo cual determinó la aplicación del artículo 37 de la Ley del Contrato de Seguro, que preceptúa “...El tomador, el asegurado o el beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza, pero la empresa de seguros puede probar que existen circunstancias que según el contrato de seguro o la ley la exoneran de responsabilidad...”, interpretando que “...se desprende claramente que primeramente el asegurado debe probar la ocurrencia del siniestro, para que luego la empresa de seguros pueda acordar el pago o excepcionarse de su obligación de pago de la indemnización...”, para concluir que “...En el caso de autos, en la oportunidad de la contestación de la demanda, la parte demandada de manera específica negó la ocurrencia del siniestro, por lo que al haber sido contradicha la demanda sobre este particular, la demandante debía probar la ocurrencia del siniestro, lo que no pudo probar fehacientemente...”.

De lo anterior se evidencia que la recurrida interpretó correctamente el precitado artículo 37 de la Ley del Contrato de Seguro, al establecer que al haber sido contradicho de manera pura y simple la ocurrencia del siniestro por la demandada, era carga del actor demostrar el siniestro; que al no hacerlo, no nace para el demandado su responsabilidad contractual de indemnizar el siniestro.

La norma citada trae como requisito inicial que el siniestro sea probado, luego de lo cual operara la responsabilidad en la empresa asegurada, quien si no probare que existen circunstancias que según el contrato de seguro o la ley la exoneran de dicha responsabilidad, quedará automáticamente obligado a indemnizar. En el caso, la demandada en su escrito

de contestación de la demanda expuso “...Negamos, rechazamos y contradecimos la ocurrencia del siniestro...”, por lo que en atención a las reglas de las cargas distributivas de la prueba, las partes deben probar sus respectivas afirmaciones, aplicando correctamente el contenido y alcance del artículo 37 de la Ley de Contrato de Seguro.

En referencia a lo anterior el artículo 506 de la ley civil adjetiva dispone:

“...Las partes tienen la carga de probar sus respectivas afirmaciones de hecho. Quien pida la ejecución de una obligación debe probarla, y quien pretenda que ha sido libertado de ella, debe por su parte probar el pago o el hecho extintivo de la obligación.

Los hechos notorios no son objeto de prueba...”.

En efecto el artículo 1.354 del Código Civil, establece:

“...Quien pida la ejecución de una obligación debe probarla, y quien pretenda que ha sido libertado de ella debe por su parte probar el pago o el hecho que ha producido la extinción de su obligación...”.

Las citadas normas regulan la distribución de la carga de la prueba al establecer que todo aquél que afirma un hecho tiene que probarlo para que su alegato no se considere infundado.

En tal sentido, corresponde a la parte que afirma el hecho, esto es, aquella que tiene interés en obtener la consecuencia jurídica que asigna la norma a ese hecho, demostrar al juez la realización concreta del mismo y provocar en él la convicción de la verdad del hecho y, corresponde a la parte que tiene interés en enervar tal pretensión, demostrar los hechos extintivos o modificativos de la misma, determinándose así el *thema probandum* y los respectivos sujetos gravados con la carga de probar los hechos en virtud de la correlación que debe existir entre la carga de la alegación y la carga de la prueba.

En ese mismo orden de ideas, es necesario recalcar que cuando el demandado contradice pura y simplemente las pretensiones del actor, como en el presente caso donde la demandada negó que hubiese ocurrido el siniestro alegado, no corre ningún riesgo con la ausencia de pruebas, a diferencia de cuando adopta una posición distinta —*reus in exceptione fit actor*—, mediante la cual, verbigracia, reconoce el hecho con limitaciones porque opone al derecho una excepción fundada en un hecho extintivo, impeditivo o modificativo, correspondiendo en consecuencia al demandado probar tales hechos. (Vid. Sent. N° 787 de fecha 24 de octubre de 2007, Exp. 2005-000078 caso: Distribuidora Greco, C.A., contra Sergio Juan Fulbio Corrente).

• • • • •

2015



TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00008.

FECHA: 21 de enero de 2015.

PARTES: Seguros Nuevo Mundo, S.A., contra el Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública.

.....
**TEMA: SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA Y LA ACTIVIDAD DE POLICÍA**

Máxima: la Superintendencia de la Actividad Aseguradora es un órgano público especializado con autonomía funcional, sin personalidad jurídica, adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas, hoy Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública, dotado de potestades de policía en el ámbito asegurador, tales como: inspeccionar, supervisar, vigilar, fiscalizar y regular la actividad aseguradora, con el fin de resguardar el orden público económico.

Máxima: la actividad de policía administrativa desplegada por la Administración en ejercicio de sus potestades que le son propias y empleadas por razones de interés público, tiene como objetivo limitar los derechos de los administrados mediante el ejercicio de la coacción legal.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse respecto al recurso contencioso administrativo de nulidad incoado por la representación judicial de la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo, S.A., antes identificada, contra el acto denegatorio tácito derivado del silencio administrativo del Ministro del Poder Popular para la Economía y Finanzas, hoy Ministro del Poder

Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública, por no haber dado respuesta al recurso jerárquico ejercido por la empresa recurrente el 6 de enero de 2010 contra la Providencia Administrativa N° FSS-2-3-004320 de fecha 1° de julio de 2009, emitida por la Superintendencia de Seguros, hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora, que aplicó a la referida empresa una sanción de multa por la cantidad de Diecisiete Mil Ciento Ochenta y Cinco Bolívares (Bs. 17.185,00), y le ordenó abstenerse de “utilizar el artículo 10 de las Condiciones Particulares de la Póliza, así como la aplicación de tarifas que no hubiesen sido autorizadas por la mencionada Superintendencia”, conforme a lo previsto en los artículos 66, 67 y 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 4.865 del 8 de marzo de 1995 -aplicable en razón del tiempo- y 53 de la Ley del Contrato de Seguros, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.553 Extraordinario del 12 de noviembre de 2001.

A tal fin, pasa la Sala a resolver los argumentos expuestos por la apoderada judicial de la compañía recurrente y, al efecto, observa lo siguiente:

Del vicio de falso supuesto. -

Esta Sala ha señalado respecto al falso supuesto, que se trata de un vicio el cual se configura cuando la Administración al dictar un acto administrativo fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o que ocurrieron de manera distinta a la apreciación efectuada por el órgano administrativo, verificándose de esta forma el denominado falso supuesto de hecho. Igualmente, cuando los hechos que sirven de fundamento a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al emitir su pronunciamiento los subsume en una norma errónea o inexistente en el derecho positivo, se materializa el falso supuesto de derecho. Por tal virtud, dicho vicio -en sus dos (2) manifestaciones- afecta la causa de la decisión administrativa, lo que acarrea su nulidad (vid. sentencia de esta Sala N° 154 del 11 de febrero de 2010, caso: Inspectoría General de Tribunales Vs. Comisión de Funcionamiento y Reestructuración del Sistema Judicial).

Bajo la óptica del criterio jurisprudencial señalado, esta Sala observa de la denuncia presentada por la apoderada judicial de la empresa recurrente, que la Administración basó su decisión en hechos inexistentes. En efecto, por un lado, se afirma que su representada no había recibido dinero por concepto de tarifas distintas a las pagadas por la Universidad denunciante y, luego, de forma discordante, asume la aplicación de tarifas no aprobadas por la Superintendencia recurrida.

Asegura que su representada ha sido sancionada por el sólo hecho de sostener conversaciones con la mencionada Casa de Estudios, con el propósito de “negociar” un posible aumento de la póliza de seguros; sin embargo, en virtud de no haberse llegado a ningún acuerdo resultaba -a su decir- innecesario someter a la consideración de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora “la posibilidad de aumentar la mencionada póliza”.

Esgrime la apoderada judicial de la sociedad de comercio recurrente, que del contenido de los artículos 66, 67 y 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros del año 1995, no se evidencia la posibilidad de sancionar “la intención” de las empresas aseguradoras para ajustar las primas de seguro.

Asimismo, alega la apoderada judicial de la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo, S.A., que la sanción de multa aplicada por la Administración bancaria transgrede lo previsto en el artículo 10 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, en concordancia con el numeral 6 del artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, relativo al principio “Nulla poena sine lege” (nulo crimen, nula pena, sin previa ley que la contemple), por no encontrarse la conducta imputada en ninguna norma de las que rigen la materia aseguradora.

Precisado los argumentos expuestos por la representación judicial de la prenombrada compañía, la Sala considera oportuno traer a colación el contenido parcial de la Providencia Administrativa N° FSS-2-3-004320 de

fecha 1° de julio de 2009, emitida por la Superintendencia de Seguros, hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora, cursante a los folios 18 al 23 del expediente judicial, cuyo tenor es el siguiente:

“(...) Visto que de los hechos antes expuestos quedó comprobada la infracción por parte de la aseguradora al contenido de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, esta Superintendencia sanciona a la empresa SEGUROS NUEVO MUNDO, S.A., con multa por la cantidad de DIECISIETE MIL CIENTO OCHENTA Y CINCO BOLÍVARES FUERTES (sic) (Bs. 17.185,00), suma que corresponde a la cantidad media de la pena máxima prevista en el artículo 169 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, por encontrarse incurso en la violación de lo señalado en los artículos 66, 67 y 68 ejusdem (sic), con motivo de la utilización de anexos y tarifas no aprobadas por este Despacho, en la contratación realizada de la Póliza de Seguro Hospitalización, Cirugía y Maternidad (...) con la Fundación Fondo de Jubilaciones y Pensiones del Personal Docente y de Investigación de la Universidad Central de Venezuela (FONJUCV) (sic) (...)”. (Resaltado del original).

De lo antes transcrito se observa que el acto administrativo impugnado tiene su fundamento legal en lo previsto en los artículos 66, 67 y 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros del año 1995.

En efecto, las normas señaladas textualmente indican:

“Artículo 66. Las pólizas, anexos, recibos, solicitudes y demás documentos complementarios relacionados con aquellos y las tarifas y arancel de comisiones que usen las empresas de seguros en sus operaciones, deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia de Seguros.

Los solicitantes deberán acompañar a las pólizas la forma o procedimiento que utilizarán para la determinación de la prima. Si el solicitante no presenta tarifa aplicable en algún riesgo, deberá

exponer ante la Superintendencia de Seguros las razones que así lo justifiquen y la Superintendencia resolverá lo conducente. En todo caso, las tarifas aplicables por las empresas de seguros deben ser el resultado de estudios actuariales, que sirvan de base para su determinación y suscritas por licenciados en ciencias actuariales, egresados de una universidad venezolana o residentes en el país debidamente autorizados.

Cuando en ejecución de políticas del Estado venezolano, por razones de interés público, la Superintendencia apruebe una tarifa uniforme para cierta clase de riesgos, las empresas deberán aplicarla en sus operaciones en el ramo correspondiente.

Artículo 67. Las empresas de seguros no podrán modificar en forma alguna el contenido de las pólizas y documentos que les hayan sido aprobados, sin la previa autorización de la Superintendencia de Seguros.

Parágrafo Único. Cuando la naturaleza del riesgo por asegurar obligue a establecer condiciones especiales no comprendidas en las pólizas, anexos o cláusulas que les hayan sido aprobados, las empresas de seguros deberán solicitar la previa autorización de la Superintendencia de Seguros, la cual resolverá en el plazo perentorio que fije el Reglamento, si es procedente o no lo solicitado.

Artículo 68. Las empresas de seguros no podrán alterar las tarifas aprobadas sin la previa autorización de la Superintendencia de Seguros. En el caso de seguros generales, la Superintendencia de Seguros ordenará a la empresa que hubiere infringido la disposición contemplada en este artículo, la cancelación de la póliza y la devolución a prorrata al asegurado o contratante de la prima no consumida, correspondiente al período que falte por transcurrir, de conformidad con la tarifa.

La empresa de seguros no podrá participar en el seguro o reaseguro de dicho riesgo durante el lapso de los tres años siguientes. Cuando se trate de seguros de vida, la Superintendencia de Seguros

ordenará la devolución al asegurado o contratante del exceso de primas cobradas o el pago por éste a la empresa de la diferencia de primas no cobradas. En los casos a que se refiere este artículo, la Superintendencia de Seguros impondrá además las sanciones a que hubiere lugar". (Resaltado de esta Sala).

Ahora bien, esta Máxima Instancia constata que la controversia bajo análisis tuvo su origen en un acto emanado de la Superintendencia de Seguros, hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora, órgano público especializado con autonomía funcional, sin personalidad jurídica, adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas, hoy Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública, dotado de potestades de policía en el ámbito asegurador, tales como: inspeccionar, supervisar, vigilar, fiscalizar y regular la actividad aseguradora, con el fin de resguardar el orden público económico.

En armonía con lo indicado, resulta oportuno destacar la actividad de policía administrativa desplegada por la Administración en ejercicio de sus potestades que le son propias y empleadas por razones de interés público, tiene como objetivo limitar los derechos de los administrados mediante el ejercicio de la coacción legal.

.....
TEMA: AUTORIZACIÓN DE PÓLIZAS

Máxima: las empresas de seguros no pueden modificar en forma alguna el contenido de las pólizas y documentos que les hayan sido aprobados, sin la previa autorización de la Superintendencia de Seguros, hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora, así como tampoco alterar las tarifas previamente acordadas entre las partes y aprobadas por el órgano de control y supervisión.

Máxima: las autorizaciones son actos que permiten al particular ejercer un derecho o poder que le pertenece, pero para cuyo ejercicio existe un obstáculo legal. Estos actos administrativos pueden ser: i) reglados, esto es, cuando se condiciona el ejercicio de un derecho preexistente al cumplimiento de unos requisitos legalmente exigidos; o ii) discrecionales, cuando se requiere que la norma remita a una valoración administrativa atribuyendo a la Administración la opción de elegir entre distintas soluciones igualmente justas (vid. sentencia de esta Sala N° 00213 de fecha 18 de febrero de 2009, caso: La Oriental de Seguros, C.A. Vs. Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas, hoy Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública).

Máxima: la autorización de productos de seguro es de carácter discrecional.

EXTRACTO:

Siguiendo esta línea argumentativa, en atención a la normativa antes transcrita, la Sala constata que las empresas de seguros no pueden modificar en forma alguna el contenido de las pólizas y documentos que les hayan sido aprobados, sin la previa autorización de la Superintendencia de Seguros, hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora, así como tampoco alterar las tarifas previamente acordadas entre las partes y aprobadas por el órgano de control y supervisión.

Las autorizaciones son actos que permiten al particular ejercer un derecho o poder que le pertenece, pero para cuyo ejercicio existe un obstáculo legal. Estos actos administrativos pueden ser: (i) reglados, esto es, cuando se condiciona el ejercicio de un derecho preexistente al cumplimiento de unos requisitos legalmente exigidos; o (ii) discrecionales, cuando se requiere que la norma remita a una valoración administrativa atribuyendo a

la Administración la opción de elegir entre distintas soluciones igualmente justas (vid. sentencia de esta Sala N° 00213 de fecha 18 de febrero de 2009, caso: La Oriental de Seguros, C.A. Vs. Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas, hoy Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública).

A juicio de esta Sala la autorización a la que aluden los artículos 66, 67 y 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros del año 1995, es de naturaleza discrecional, pues los referidos dispositivos le otorgan un margen de valoración a la Superintendencia de Seguros, hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora, para dictar el acto administrativo en referencia.

.....

**TEMA: AJUSTE POR SINIESTRALIDAD Y LA TERMINACIÓN
UNILATERAL DEL CONTRATO DE SEGUROS DE PERSONAS**

Máxima: la Superintendencia en uso de una facultad ex lege, como órgano encargado de velar por el mercado asegurador, concluyó que la inclusión por parte de la sociedad mercantil recurrente de un anexo de ajuste por alta siniestralidad comportó un perjuicio para los tomadores o beneficiarios de los contratos de seguros y, por ende, para el mercado asegurador al no haber podido demostrar a través de medios probatorios los elevados riesgos de siniestralidad y la depreciación del valor inicialmente estimado en la póliza de seguro.

Máxima: la empresa de seguro al anular la póliza pretendió prescindir del componente esencial de un Contrato de Seguros, como lo es el riesgo y la posibilidad de pérdida en cuanto a su capital. Con este comportamiento la empresa aseguradora modificó lo inicialmente pactado entre las partes y lo aprobado por el órgano regulador de la materia de seguros, y al artículo 53 de la Ley del

Contrato de Seguros; éste último prohíbe la terminación anticipada de los contratos de póliza de seguros obligatorios y de personas.

EXTRACTO:

En el caso concreto, aprecia la Sala que la Superintendencia en uso de una facultad ex lege, como órgano encargado de velar por el mercado asegurador, concluyó que la inclusión por parte de la sociedad mercantil recurrente de un anexo de ajuste por alta siniestralidad comportó un perjuicio para los tomadores o beneficiarios de los contratos de seguros y, por ende, para el mercado asegurador al no haber podido demostrar a través de medios probatorios los elevados riesgos de siniestralidad y la depreciación del valor inicialmente estimado en la póliza de seguro.

En la misma línea de razonamientos, a los folios 4 y 5 del expediente administrativo se observa lo siguiente:

- Comunicación S/N de fecha 2 de octubre de 2008, emitida por la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo, S.A., dirigida a la Universidad Nacional Experimental del Sur “Jesús María Semprum” (UNESUR), recibida por el Rectorado de esa Institución el 23 del mismo mes y año, en la cual se expresó:

“(...) Primas devengadas Siniestros Incurridos Siniestralidad %
(Al 15/10/2008) (Al 15/10/2008) (Al 15/10/2008)

Bs. 1.978.115,33 Bs. 2.492.594,31126,00

Por lo anteriormente expuesto es necesario emitir un Recibo de Ajuste de primas por (Bs. 2.000.000,00) con la intención de crear suficiencia en las primas y así poder continuar brindándoles el servicio actual al cual ustedes están acostumbrados (...).”

* Comunicación S/N de fecha 11 de noviembre de 2008, emitida por la empresa Seguros Nuevo Mundo, S.A., dirigida a la referida Universidad, recibida por el Rectorado de la Institución el 17 del mismo mes y año, en la cual se indicó:

“Nos dirigimos a ustedes en la oportunidad de informales que a partir de la presente fecha, hemos decidido anular y dejar sin efecto la póliza contratada por esa importante Universidad, para la cual nos adherimos al Artículo N° 10 de las Condiciones Particulares de nuestras pólizas colectivas.

(...)

La terminación anticipada de esta póliza se efectuará sin perjuicio al derecho de EL ASEGURADO TITULAR a las indemnizaciones por los gastos cubiertos y ocurridos por motivo de atenciones médicas, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas originadas y notificados con anterioridad a la fecha de la terminación de este contrato. En caso de cancelación de este contrato por cualquier causa, LA COMPAÑÍA deducirá el monto a pagar, toda deuda contraída con ella por EL ASEGURADO en virtud de este contrato, más los intereses acumulados correspondientes”.

De los documentos anteriormente transcritos (los cuales no fueron impugnados por la empresa de seguros recurrente y, por ende, se les otorga pleno valor probatorio conforme a lo previsto en el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil), se observa que la sociedad de comercio Seguros Nuevo Mundo, S.A. procedió al (i) aumento de la prima de la póliza de seguros contratada, y (ii) a la terminación anticipada de la póliza, sin someter su actuación a la previa consideración y aprobación de la Superintendencia de Seguros, hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora, pretendiendo con tal actuación prescindir del componente esencial de un Contrato de Seguros, como lo es el riesgo y la posibilidad de pérdida en cuanto a su capital. Con este comportamiento la empresa aseguradora modificó lo inicialmente pactado entre las partes y lo aprobado por el órgano regulador de la materia de seguros, en abierta infracción a los artículos 66, 67 y 68 de la Ley de Empresa de Seguros y Reaseguros del año 1995, y al artículo 53 de la Ley del Contrato de Seguros; éste último prohíbe la terminación anticipada de los contratos de póliza de seguros obligatorios y de personas.

Por otra parte, debe afirmarse que el principio de legalidad funge como uno de los pilares fundamentales para el efectivo mantenimiento del Estado de Derecho. A mayor abundamiento, tal principio constituye la concreción de varios aspectos del Estado de Derecho en el ámbito del Derecho Sancionador, y el cual se vincula con el imperio de la ley como presupuesto de la actuación del Estado sobre los bienes jurídicos de los ciudadanos, y con el derecho de éstos a la seguridad jurídica.

La formulación básica de este principio se traduce en que todo el régimen de los delitos y las penas, debe estar regulado necesaria y únicamente en los actos que por excelencia son dictados por el órgano legislativo del Estado, a saber, en las leyes. Por lo tanto, su configuración formal básica se traduce en el aforismo *nullum crimen, nulla poena sine lege*. Esta primera exigencia del principio de legalidad, referida al rango de las normas tipificadoras y que por ende constituye una garantía formal-, se cristaliza en la noción de reserva legal.

Partiendo de lo anterior, se aprecia que, en el caso en concreto el órgano regulador de la materia de seguros, aplicó un supuesto de hecho claramente determinado en los artículos 66, 67 y 68 de la Ley de Empresa de Seguros y Reaseguros del año 1995, y al artículo 53 de la Ley del Contrato de Seguros, relativa a la prohibición a la terminación anticipada de los contratos de póliza de seguros obligatorios y de personas. De allí la Sala concluye que los hechos señalados por la Administración quedaron plenamente demostrados en los autos, conforme a las normas aplicables a la especial materia de seguros, razón por la cual se desestima la alegada violación al numeral 6 del artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, relativo al principio “*Nulla poena sine lege*”.

En virtud de las consideraciones que anteceden, este Alto Tribunal desestima el argumento de la parte actora relativo al vicio de falsa suposición, pues la Administración recurrida actuó ceñida a los hechos y al ordenamiento jurídico que expresamente la habilita para proteger el mercado asegurador, de acuerdo a lo previsto en los artículos 66, 67 y 68 de la Ley

de Empresas de Seguros y Reaseguros del año 1995 y 53 de la Ley del Contrato de Seguros. Así se declara.

Sobre la base de las consideraciones antes señaladas, esta Sala declara sin lugar el recurso contencioso administrativo de nulidad interpuesto contra el acto denegatorio tácito derivado del silencio administrativo del Ministro del Poder Popular de Planificación y Finanzas, hoy Ministro del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública, por no haber dado respuesta al recurso jerárquico incoado por la empresa recurrente el 6 de enero de 2010 contra la Providencia Administrativa N° FSS-2-3-004320 de fecha 1° de julio de 2009, emitida por la Superintendencia de Seguros, hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora. En consecuencia, queda firme la Providencia Administrativa impugnada. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Constitucional.

SENTENCIA: 170.

FECHA: 10 de marzo de 2015.

PARTES: Luisa Mercedes Diaz contra Seguros Caracas C.A.

.....

**TEMA: OBLIGACIÓN DE PAGAR LA PRIMA CONVENIDA
PARA LA RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA**

Máxima: si ninguna de las partes contratantes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, el contrato continúa surtiendo sus efectos en la forma que fue convenido; sin embargo, siendo el pago de la prima una de las obligaciones del tomador y una condición imprescindible para que se produzca la renovación de la póliza para un nuevo período, luego del vencimiento del anterior, y no habiendo la asegurada cumplido con el pago de dicha prima al vencimiento de la póliza correspondiente, ni

en el período de gracia, se entenderá que la póliza no fue renovada por responsabilidad de la tomadora.

EXTRACTO:

(...) Que el 7 de diciembre de 2011, la ciudadana Luisa Mercedes Díaz, incoó demanda por cumplimiento de contrato en contra de la sociedad mercantil SEGUROS CARACAS de LIBERTY MUTUAL, C.A.

● ● ●

De conformidad con el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, la recurrente denuncia 'el VICIO DE SUPOSICIÓN FALSA por error de percepción en el juzgamiento de los hechos y de las pruebas, lo cual constituye uno de los supuestos de excepción previstos en el artículo 320 del Código de Procedimiento Civil, con infracción del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil (sic) ordinal 5°...

● ● ●

Siendo que la pretensión deducida se opone por la existencia de un contrato celebrado entre las partes, en el cual quien lo incumplió fue la demandada, estando perfectamente facultado los actores, a su elección, para solicitar el cumplimiento o resolución del contrato, como parte actora eligió el cumplimiento por considerar que la empresa aseguradora debió notificarme su voluntad de no prorrogar o en sus efectos su voluntad para el período 2011-2012 no ofrecer financiamiento, mediante una notificación escrita dirigida al último domicilio que conste en cuadro-recibo, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso, tal como lo establece la referida cláusula en su último párrafo, situación fáctica que forma parte del supuesto de hecho de la referida norma.

La Sala, para decidir observa:

● ● ●

Sin embargo esta Sala en atención a la aplicación de los principios contenidos en los artículos 26 y 257 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que garantizan a los justiciables que los procesos judiciales se llevarán a cabo sin formalismos, y que el proceso constituye un instrumento fundamental para la realización de la justicia, y dejando a un lado la falta de técnica de la formalizante, la Sala aprecia que aun cuando existe una mezcla indebida de denuncias, entiende que lo que realmente pretende denunciar es el supuesto error cometido por el juez en la interpretación del contrato que, según alega, le impidió apreciar que la empresa aseguradora no cumplió con el contenido de la cláusula quinta del contrato de seguro, que la obligaba a notificarle su voluntad de no prorrogar la póliza de seguro, mediante una denuncia de suposición falsa.



Ahora bien, observa esta Sala, que el formalizante alega el hecho que falsamente fijó el juez por un error de percepción, estaría constituido por las conclusiones jurídicas a las que arribó el sentenciador luego de haber analizado e interpretado el contrato sometido a su consideración, esto es, haber establecido que transcurrió íntegramente el plazo de gracia y de espera para que la demandante realizara el pago de la prima correspondiente al periodo 2011-2012, cuyo pago no constaba en autos para que la demandante continuara disfrutando de los servicios de la empresa aseguradora.

En efecto, el juez superior al momento de dictar sentencia arribó a la siguiente conclusión:

MOTIVA

Visto lo anterior, este Juzgador previo análisis de las pruebas up supra señaladas y revisión de los autos considera:

((Omissis))

Ahora bien, del análisis anterior de las precitadas normas, aplicado al caso en cuestión, tenemos que el contrato de seguro realizado

por ambas partes establece las Condiciones Generales y Particulares, aprobados por la Superintendencia de Seguros, de cuyo contenido se desprende la Cláusula 5 de las Condiciones Generales que es objeto de la pretensión por parte de la accionante: Cláusula 5: 'La vigencia de esta póliza es por el término de la Primera Prima pagada, a contar de la fecha de comienzo de la Póliza y el pago de las primas subsiguientes, a su vencimiento, renovará la vigencia por los períodos a que corresponda cada pago de acuerdo a lo previsto en la presente cláusula.

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el tomador pague la prima correspondiente al nuevo período de seguro, de acuerdo a lo establecido en la cláusula 11 'Plazo de Gracia' de las condiciones particulares de la presente póliza, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior.

La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en el Cuadro-Recibo, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso'.

((Omissis))

Al respecto, resulta importante desprender de la precitada norma las siguientes características: a) el pago de las primas subsiguientes a los nuevos períodos, renovará la vigencia del período que corresponde a cada una. b) una vez que el tomador pague la prima correspondiente al nuevo periodo, el contrato se renueva automáticamente, mas no significa que sea un nuevo contrato, es decir que si el Tomador paga la prima en el tiempo estipulado o lo hace durante los plazos de gracia y de espera, da a entender a la empresa que desea continuar disfrutando de los servicios de dicha empresa, pero si el Tomador no llegase a pagar la prima durante todo ese tiempo quiere decir que no va a continuar con el contrato por la

falta de pago. c) si ninguna de las partes contratantes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, el contrato continúa surtiendo sus efectos en la forma que fue convenido. Ahora bien, en el caso bajo estudio y de la revisión minuciosa de las actas procesales, se observa que se dejaron transcurrir íntegramente los plazos de gracia y de espera para que la demandante realizara el pago de la prima correspondiente al período 2011-2012, cuyo pago no consta en autos para que la demandante continuara disfrutando de los servicios de la empresa aseguradora. Y así se decide.

Con base en la anterior determinación, el juez superior consideró que ‘el contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el tomador pague la prima correspondiente al nuevo período de seguro, de acuerdo a lo establecido en la cláusula 11 ‘Plazo de Gracia’ de las condiciones particulares de la presente póliza, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior...’ y que ‘la prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en el Cuadro-Recibo, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso’. Al respecto, dejó asentado que ‘en el caso bajo estudio y de la revisión minuciosa de las actas procesales, se observa que se dejaron transcurrir íntegramente los plazos de gracia y de espera para que la demandante realizara el pago de la prima correspondiente al período 2011-2012, cuyo pago no consta en autos para que la demandante continuara disfrutando de los servicios de la empresa aseguradora...’, y que del ‘cuadro-recibo de la póliza de Liberty Salud N° 2405466, consignado por la demandada como prueba, observa este sentenciador que se evidencia la voluntad de prorrogar el referido contrato por parte de la empresa aseguradora y que además de ser un trámite administrativo la emisión del mismo, se perfecciona con el pago de la prima convenida por parte del tomador, como lo establece el artículo 51 de la Ley de Contrato de Seguro ‘(...) La emisión de un cuadro recibo o recibo de póliza para

un nuevo período y el pago de la prima son prueba de la renovación de la póliza en las mismas condiciones en que estaba pactada’.

En relación a ello y de la revisión exhaustiva de las actas procesales, no se evidencia en autos el pago de la prima correspondiente al período 2011-2012 por parte de la demandante...’, determinando con todo ello, que la póliza no pudo ser renovada por responsabilidad de la tomadora quien no pagó la prima antes de su vencimiento ni en el período de gracia establecido en el contrato de seguro.

Por su parte, estableció la recurrida que la cláusula 5° del contrato de seguro objeto de la demanda establece lo siguiente:

‘CLAUSULA 5: RENOVACIONES

La vigencia de esta Póliza es por el término de la primera Prima pagada, a contar de la fecha de comienzo de la Póliza y el pago de las Primas subsiguientes, a su vencimiento, renovará la vigencia por los períodos a que corresponda cada pago de acuerdo a lo previsto en la presente cláusula.

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el tomador pague la prima correspondiente al nuevo período del seguro, de acuerdo a lo establecido en la cláusula 11 ‘Plazo de Gracia’ de las condiciones particulares de la presente póliza, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior”.

Asimismo, dejó asentado la alzada que la cláusula 11 de las condiciones particulares de la póliza de seguro Médico Liberty Salud Total, es del siguiente tenor:

‘CLAUSULA 11: PLAZO DE GRACIA

Con el fin de no causar interrupciones en la protección ofrecida por la Póliza y de evitar plazos de espera en ocasión de las renova-

ciones, el Asegurado debe efectuar el pago de las Primas de futuros períodos, a más tardar el mismo día en que termina el período anterior. La falta de pago de la prima en el tiempo establecido en el párrafo anterior, se entenderá como la voluntad del tomador de anular la póliza, quedando ésta sin validez ni efecto alguno...'. (Negrillas de la Sala).

De la cláusula 5° se evidencia que el contrato se renovará automáticamente siempre que el tomador pague la prima correspondiente. De la misma forma, conforme al artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro dispone que el tomador, el asegurado o el beneficiario deberá: b. Pagar la prima en la forma y tiempo convenidos.

Esta Sala, con fundamento a las normativas *ut supra* transcritas, así como acogiendo lo establecido por el sentenciador de alzada y siendo el pago de la prima una de las obligaciones del tomador y una condición imprescindible para que se produzca la renovación de la póliza para un nuevo período luego del vencimiento del anterior, y no habiendo la actora cumplido con el pago de dicha prima al vencimiento de la póliza correspondiente al período 2011-2012 ni en el período de gracia, según estableció el *ad quem* en su sentencia de alzada, es forzoso concluir que la póliza no fue renovada por responsabilidad de su tomadora, al no haber demostrado en los autos pago alguno de la prima, por tanto, la conclusión del sentenciador sobre la interpretación y alcance del contrato de seguro es compatible con el texto y las normas establecidas por la Superintendencia de Seguros para este tipo de contratos, razones suficientes para que este Alto Tribunal considere que no es procedente la denuncia de suposición falsa por tergiversación del contrato planteada por el formalizante, por cuanto, tal como se reitera, el pago de la prima es una de las obligaciones del tomador y una condición imprescindible para que se produzca la renovación de la póliza para un nuevo período luego del vencimiento del período anterior, y no habiendo la actora cumplido con el pago de dicha prima al vencimiento de la póliza correspondiente al período 2011-2012 ni en el período de gracia, no resulta procedente esta denuncia.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RN.000158.

FECHA: 08 de abril de 2015.

PARTES: Emidio Leobruni Castelli contra Seguros Caracas De Liberty Mutual, C.A.

.....
**TEMA: CADUCIDAD DE LOS DERECHOS DERIVADOS
DEL CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: en Venezuela, en materia de Seguros, no es aplicable la caducidad contractual o convencional porque impera la caducidad legal o establecida en la ley, es por ello que debe entenderse en los contratos de seguros venezolanos la caducidad como pérdida de la posibilidad de hacer valer en juicio algún derecho, por no haber solicitado la tutela jurisdiccional dentro del plazo establecido por la ley, caracterizándose la misma porque se cumple fatalmente si no se evita a tiempo con la interposición de la demanda.

Máxima: la caducidad es una sanción jurídica, de carácter procesal, conforme a la cual el transcurso del tiempo fijado por la ley para la validación de un derecho acarrea su extinción; de modo que la caducidad no se interrumpe, sino que se consuma extinguiendo la acción por el solo transcurso del tiempo que se establece como hábil para ejercitarla.

Máxima: en el artículo 55 del Decreto con Fuerza de la Ley del Contrato de Seguro, el lapso de caducidad de doce (12) meses comienza a computarse a partir de la

fecha de rechazo de cualquier reclamación. Es pues la fecha de rechazo de la reclamación, y no la ocurrencia del siniestro el hecho que da partida al lapso de caducidad, que no puede ser igual o menos de doce (12) meses, como ocurre para la prescripción de la acción establecida en el artículo 56 la Ley del Contrato de Seguro, que se inicia a los tres (3) años a partir de la ocurrencia del siniestro.

Máxima: La Ley de manera implícita permite a las partes convenir sobre la caducidad de derechos, pero no de cualquier forma. Así, se colige del artículo 4.5 de la Ley del Contrato de Seguros, que: “Cuando sea necesario interpretar el Contrato de Seguro se utilizarán los principios siguientes: (Omissis) 5. Las cláusulas que imponen la caducidad de derechos del tomador, del asegurado o del beneficiario, deben ser de interpretación restrictiva, a menos que la interpretación extensiva beneficie al tomador, al asegurado o al beneficiario”.

Máxima: en materia de seguros la caducidad contractual en ningún caso puede ser menor o igual a la establecida en la ley, sin embargo, puede establecerse un lapso de caducidad más amplio y beneficioso para el tomador, el asegurado o el beneficiario por voluntad expresa de las partes.

EXTRACTO:

La representación judicial de la parte demandada es (sic) su escrito de contestación a la demanda opuso la caducidad de la acción, toda vez que la misma fue interpuesta después de vencido el lapso de doce (12) meses siguientes a la ocurrencia del siniestro, conforme a la cláusula 8ª del Condicionamiento General de la Póliza de Seguros de Casco de Vehículo

Terrestre, por lo que su mandante no tiene ninguna responsabilidad frente al asegurado pues su acción contra esta ha quedado caduca.

Para decidir este Tribunal de Alzada observa:

En Venezuela en materia de Seguros no es aplicable la caducidad contractual o convencional porque impera la caducidad legal o establecida en la Ley, es por ello, que debe entenderse en los contratos de seguros venezolanos la caducidad como pérdida de la posibilidad de hacer valer en juicio algún derecho, por no haber solicitado la tutela jurisdiccional dentro del plazo establecido por la Ley, caracterizándose la misma porque se cumple fatalmente si no se evita a tiempo con la interposición de la demanda.

En consecuencia, la caducidad es una sanción jurídica, de carácter procesal, conforme a la cual el transcurso del tiempo fijado por la ley para la validación de un derecho acarrea su extinción; de modo que la caducidad no se interrumpe, sino que se consuma extinguiendo la acción por el solo transcurso del tiempo que se establece como hábil para ejercitarla.

Es por ello que el Tribunal Supremo de Justicia, ha señalado que la caducidad está íntimamente relacionada con el derecho de acción que tiene toda persona de conformidad con el artículo 26 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, su establecimiento puede únicamente determinarse por una disposición legal que la establezca en aras del derecho a la defensa del justiciable y de su acceso a la justicia.

En tal sentido, la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, en sentencia N° 1167, de fecha 29 de junio de 2001, bajo la ponencia del Magistrado JESÚS EDUARDO CABRERA, al referirse a la caducidad expresó:



En Venezuela el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicado en Gaceta Oficial N° 5553 Extraordinario de fecha 12 de noviembre de 2001, se encuentra establecido legalmente el lapso fatal de “caduci-

dad”, en el artículo 55, así:

“Artículo 55.- Si dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de rechazo de cualquier reclamo, el tomador, el asegurado o el beneficiario del seguro no hubiere demandado judicialmente a la empresa de seguros, acordando con ésta someterse a un arbitraje solicitado el sometimiento ante la autoridad competente, caducarán todos los derechos derivados de la póliza con respecto al reclamo formulado que haya sido rechazado”.

De la norma antes transcrita, se desprende que la oportunidad en que caducarán los derechos derivados de la póliza con respecto al reclamo formulado que haya sido rechazado son: 1) No hubiere demandado judicialmente a la empresa de seguros; 2) Acordado con ésta someterse a un arbitraje, y 3) Solicitado el sometimiento ante la autoridad competente.

De la misma manera, tenemos que tomar en consideración que el mencionado artículo 55 del Decreto con Fuerza de la Ley del Contrato de Seguro, el lapso de caducidad de doce (12) meses comienza a computarse a partir de la fecha de rechazo de cualquier reclamación. Es pues la fecha de rechazo de la reclamación, y no la ocurrencia del siniestro el hecho que da partida al lapso de caducidad, que no puede ser igual o menos de doce (12) meses, como ocurre para la prescripción de la acción establecida en el artículo 56 la Ley del Contrato de Seguro, que se inicia a los tres (3) años a partir de la ocurrencia del siniestro.

Así pues, al estar la caducidad, como ya se señaló, íntimamente relacionada con el derecho de acción que tiene toda persona de conformidad con el artículo 26 de nuestra Carta Magna, su establecimiento puede únicamente determinarse por una disposición legal que la establezca. Esta consideración resulta más relevante en el caso del Contrato de Seguro, pues por lo general las cláusulas que establecen caducidad contractual están previstas en el Condicionado General de la Póliza, que como en el caso de autos, es creado unilateralmente por la empresa aseguradora.

Así se desprende de la propia definición que ofrece la Ley del Contrato de Seguro, en su artículo 17, que señala:

“Artículo 17.- A los efectos de esta Ley se entiende por condiciones generales aquéllas que establecen el conjunto de principios que prevé la empresa de seguros para regular todos los contratos de seguro que emita en el mismo ramo o modalidad...”.

No obstante, lo anterior, la Ley de manera implícita permite a las partes convenir sobre la caducidad de derechos, pero no de cualquier forma. Así, se colige del artículo 4.5 de la Ley del Contrato de, que: “Cuando sea necesario interpretar el Contrato de Seguro se utilizarán los principios siguientes: (Omissis) 5. Las cláusulas que imponen la caducidad de derechos del tomador, del asegurado o del beneficiario, deben ser de interpretación restrictiva, a menos que la interpretación extensiva beneficie al tomador, al asegurado o al beneficiario”.

Deduce quien aquí decide que cuando la Ley establece que en la materia debe aplicarse la interpretación restrictiva, la intención fue no permitir que por acuerdo de las partes (y mucho menos de manera unilateral, como ocurre con el contrato de adhesión), se desfavorezca lo que la Ley establece a favor del débil jurídico; esto en concordancia con lo previsto en el artículo 2 de la Ley del Contrato de Seguro, que reza:

“Artículo 2.- Las disposiciones contenidas en el presente Decreto Ley son de carácter imperativo, a no ser que en ellas se disponga expresamente otra cosa. No obstante, se entenderán válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el tomador, el asegurado o el beneficiario”.

En el caso de la caducidad, la misma se encuentra, como ya se dejó sentado, establecida legalmente en el artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguro. Así, siendo coherente con las consideraciones precedentes, estima

este Tribunal Superior que, en materia de caducidad contractual, la misma en ningún caso puede ser menor o igual a la establecida legalmente en el artículo antes transcrito, más, sin embargo, puede establecerse un lapso de caducidad más amplio y beneficioso para el tomador, el asegurado o el beneficiario por voluntad expresa de las partes y así se declara.

En el caso de autos, la referida cláusula 8ª de las consideraciones generales de contratación, menoscaba de manera abierta las disposiciones normativas antes enunciadas. Pues, por un lado, establece un lapso de caducidad contractual de seis (6) meses, computado desde el día siguiente a la fecha en que se rechace cualquier reclamación, es decir, un lapso menor al establecido en la norma bajo estudio. Y, por otro lado, establece un lapso de caducidad contractual de doce (12) meses, contados a partir de la ocurrencia del siniestro. Según el mencionado artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguro, el lapso de caducidad de doce (12) meses comienza a computarse a partir de la fecha de rechazo de cualquier reclamación. Es pues la fecha de rechazo de la reclamación, y no la ocurrencia del siniestro el hecho que da partida al lapso de caducidad, que, dicho sea, no puede ser igual o menor de doce (12) meses. Por lo tanto, el tribunal considera que la cláusula de caducidad contractual es contraria a las normas contenidas en los artículos 2, 4.5 y 55 de la Ley del Contrato de Seguro Ergo, se desestima la excepción de caducidad contractual planteada, y así se decide.



Ahora bien, en este caso nos encontramos ante un contrato contra un vehículo, lo cual cubrir (sic) de acuerdo a lo expresado en la póliza: cobertura amplia, motín y disturbios callejeros, atención a personas y vehículo, muerte del conductor, muerte del pasajero, invalidez del conductor, invalidez del pasajero, gastos de curación del conductor, gastos de curación del pasajero, gastos de entierro del conductor, gastos de entierro del pasajero, daños a cosas, daños a personas, exceso de límite y asistencia legal y defensa penal.

De manera pues, la reclamación tiene como fuente el siniestro ocurrido el 5 de Agosto (sic) de 1997, consistente en el hurto del vehículo propiedad del accionante, el cual se encontraba aparcado en el estacionamiento del HOSPITAL RUIZ Y PAEZ (sic), ubicado en Ciudad Bolívar, Estado (sic) Bolívar, tal como se desprende la denuncia formulada ante el Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penal y Criminalísticas (C.I.C.P.C.), antes Policía Técnica Judicial (P.T.J.) con sede en Ciudad Bolívar, Estado (sic) Bolívar, y a la cual este Tribunal Superior le otorgó valor probatorio.

En este sentido, la representación judicial de la parte demandada, en su escrito de contestación a la demanda alegó que su mandante se encuentra libre de toda responsabilidad derivada del siniestro en cuestión, en virtud del incumplimiento de las obligaciones por parte del actor establecidas en la cláusula 7ª del Condicionamiento Particular de la Póliza de Seguro de Casco de Vehículo Terrestre.

En este orden de ideas, observa este Tribunal de Alzada que la Cláusula 6ª del Condicionamiento Particular de la Póliza de Seguro de Casco de Vehículo Terrestre, establece que:

“CLAUSULA (sic) 6.- Al ocurrir el siniestro el Asegurado deberá:

- a) Tomar las providencias necesarias y oportunas para evitar que sobrevengan pérdidas ulteriores;
- b) Dar aviso a La Compañía dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes;
- c) Suministrar a La Compañía, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, un informe escrito relativo a todas las circunstancias del siniestro;
- d) Proporcionar a La Compañía, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de aviso del siniestro, los recaudos pertinentes que aquélla razonablemente pueda exigir, y;
- e) Presentar de inmediato la denuncia respectiva ante las autoridades competentes, en caso de robo o hurto del vehículo”.

De igual manera, la Cláusula 7ª del referido instrumento, señala que:

“CLAUSULA (sic) 7.- La Compañía quedará relevada de la obligación de indemnizar si el Asegurado incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en la Cláusula anterior, a menos que el incumplimiento se deba a causa de fuerza mayor u otra que no lo constituya responsable”.

En este sentido, observa este Tribunal Superior que cursa a los autos, comunicación de fecha 7 de Agosto (sic) de 1997, suscrita por el ciudadano EMIDIO LEOBRUNI CASTELLI, y dirigida a la empresa de seguros, mediante la cual les notificaba que estaba tramitando ante el SETRA la documentación relativa a la propiedad del vehículo objeto del siniestro, y que una vez lo recibiera le harían llegar la documentación que la aseguradora les requería, instrumento éste al que se le otorgó valor probatorio en la oportunidad de analizar las pruebas promovidas por las partes.

Del referido instrumento, se desprende que el ciudadano EMIDIO LEOBRUNI CASTELLI, no tenía los recaudos a que se refiere el literal d) de la Cláusula 6ª del Condicionamiento Particular de la Póliza de Seguro de Casco de Vehículo Terrestre, ante ese admitido incumplimiento de su carga, más que obligación contractual, de consignar tempestivamente los recaudos que razonablemente le exigen, y alegar el actor que ese incumplimiento se debió a causas de fuerza mayor, considera este Tribunal que la parte accionante no consignó dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de aviso del siniestro, la documentación que le requiriera la empresa aseguradora, por lo que de conformidad con lo establecido en la Cláusula 7ª del Condicionamiento Particular, la Sociedad Mercantil (sic) SEGUROS CARACAS DE LIBERTY MUTUAL, C.A. está relevada de indemnizar al asegurado con respecto al siniestro ocurrido el 5 de Agosto (sic) de 1997, y en consecuencia la demanda de Cobro de Bolívares (sic) incoada por el accionante debe ser declarada SIN LUGAR, y así se declara”. Como puede observarse, de la comparación entre la decisión de este Tri-

bunal Supremo de Justicia y la del fallo recurrido, anteriormente transcritas en sus extractos pertinentes, se evidencia que el juez de reenvío, tomó en cuenta el escrito de contestación a la demanda y la defensa allí ejercida por la parte demandada, corrigiendo la falta de aplicación del artículo 358, ordinal 4° del Código de Procedimiento Civil que había dado lugar a la declaratoria con lugar del recurso de casación que motivó la sentencia de reenvío, por lo que no hubo desacato alguno de la doctrina de esta Sala, lo que determina, por vía de consecuencia, la declaratoria sin lugar del recurso de nulidad. Así se decide (...)."

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00774.

FECHA: 01 de julio de 2015.

PARTES: Sociedad Mercantil Seguros Nuevo Mundo contra la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

.....

TEMA: FALTA DE PAGO DE LA PRIMA (CONSECUENCIAS)

Máxima: la falta de pago oportuno de la prima establecida en un contrato de seguro, no supone la nulidad de dicho instrumento, sino que tal circunstancia dará derecho a la aseguradora "a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la póliza", ello con independencia de los siniestros que puedan verificarse durante la vigencia del mismo.

EXTRACTO:

Precisado lo anterior, se advierte que la inmotivación denunciada se fundamenta -como ya antes se refirió- en que el órgano recurrido supuestamente omitió por completo "pronunciarse respecto al alegato esgrimido

por la representación de la accionante en sede administrativa, relativo a la supuesta nulidad del contrato de seguros que nos ocupa, por cuanto, a su decir, al momento de perfeccionarse [el mismo] (con el pago de la prima), ya el siniestro había ocurrido. (Agregados de la Sala).

Al respecto, importa señalar que de la lectura de la Providencia Administrativa N° FSAA-2-3-003349, de fecha 8 de noviembre de 2012, dictada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante la cual se sancionó a la recurrente (folios 18 al 36 del expediente judicial), se evidencia que el prenombrado órgano relacionó los argumentos que fueron esgrimidos por la recurrente en su escrito de descargos, de fecha 25 de enero de 2012 (folios 79 al 87 del expediente administrativo), haciendo referencia a la supuesta nulidad del contrato de seguros, la cual fuera aducida por la mencionada parte con base en los motivos antes señalados.

Ahora bien, una vez expuestos los términos del referido argumento, advirtió que durante el desarrollo del procedimiento administrativo que se llevó a cabo en el presente caso, las partes (aseguradora y denunciante) consignaron, entre otros documentos, la “solicitud de póliza”, de fecha 17 de agosto de 2010, la “póliza suscrita y sus anexos” del 18 de agosto de 2010, el comprobante de “pago de la prima sin hora señalada”, también del día 18 de agosto de 2010; y el “reporte del siniestro por el denunciante”, de fecha 23 de agosto de 2010.

Así, partiendo del análisis de la documentación antes descrita y de otros recaudos consignados en el expediente administrativo, el prenombrado órgano pudo concluir que en el caso “sub examine” la empresa Seguros Nuevo Mundo, S.A., “incurrió en el supuesto de retardo de sus obligaciones con el asegurado”, al no haber dado respuesta oportuna a la reclamación formulada por el ciudadano Edgar Virgilio Correia Fernández, debido al siniestro acaecido sobre un vehículo de su propiedad, el cual se encontraba asegurado por la accionante en virtud de la “Póliza de Casco de Vehículos Terrestres N° 0000001102”, siendo éste el motivo por el cual se sancionó a la misma.

De lo expuesto, resulta evidente que en el caso bajo análisis la Superintendencia de la Actividad Aseguradora al expresar los motivos de su decisión, tomó en cuenta las circunstancias relativas al “contrato de seguros”, celebrado entre las partes, la fecha de pago de la prima por parte del asegurado, así como de la oportunidad en que fue reportado el siniestro cuya indemnización fue reclamada.

Adicionalmente, debe señalarse que contrariamente a lo aducido por la representación de la recurrente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 27 de la Ley del Contrato de Seguro, publicada en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.553 Extraordinario, de fecha 12 de noviembre de 2001, la falta de pago oportuno de la prima establecida en un contrato de seguro, no supone la nulidad de dicho instrumento, sino que tal circunstancia dará derecho a la aseguradora “a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la póliza”, ello con independencia de los siniestros que puedan verificarse durante la vigencia del mismo.

Con fundamento en los razonamientos expuestos supra, concluye la Sala que en el presente caso no se produjo la “Inmotivación del Acto Recurrido” denunciada por la representación de la accionante. Así se decide.

.....

TEMA: RETARDO Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Máxima: La Administración no está en la obligación de aplicar de manera “concatenada” el artículo 41 de la Ley del Contrato de Seguro [relativa al pago de la indemnización], con lo establecido en el precitado artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora [derecho a la indemnización y a notificación de rechazo], ya que el supuesto que fue objeto de estudio durante el procedimiento administrativo y cuya ocurrencia en efecto

se determinó a la finalización del mismo, no era el incumplimiento por parte de la empresa de seguros de su obligación de satisfacer [pagar] oportunamente las indemnizaciones correspondientes a sus asegurados, sino el “retardo” en que esta incurrió respecto a la tramitación de la reclamación.

EXTRACTO:

Delimitado lo anterior, se advierte que lo denunciado por la representación de la accionante se refiere más bien a la posibilidad de que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora haya incurrido en el vicio de falso supuesto de derecho, debido a la falta de aplicación del artículo 41 de la Ley del Contrato de Seguro.

Respecto al vicio de falso supuesto esta Sala ha señalado que el mismo se produce cuando la Administración al dictar un determinado acto fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o que ocurrieron de manera distinta a la apreciación efectuada por el órgano administrativo de que se trate, verificándose de esta forma el denominado falso supuesto de hecho; igualmente, cuando los hechos que sirven de fundamento a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración los subsume de manera errónea en el derecho positivo, se materializa el denominado falso supuesto de derecho. Por tal virtud, dicho vicio -en sus dos (2) manifestaciones- afecta la causa de la decisión administrativa, lo que en principio acarrea su nulidad. (Vid. Sentencia de esta Sala N° 01385 del 16 de octubre de 2014).

Expuesto lo anterior, se observa que en el caso de autos el órgano recurrido fundamentó su decisión de sancionar a la empresa Seguros Nuevo Mundo, S.A., en el hecho de que ésta habría dado respuesta (rechazo) a la indemnización exigida por uno de sus asegurados, fuera del lapso establecido para tales efectos en el artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora, (publicada en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de

Venezuela N° 5.990 Extraordinario, de fecha 29 de julio de 2010), el cual dispone lo siguiente:

“Derecho a la indemnización y a notificación de rechazo

Artículo 130. Los tomadores, asegurados o beneficiarios de los seguros y los contratantes de planes o servicios de salud de medicina prepagada, tienen derecho a recibir la indemnización que le corresponda, en un lapso que no exceda de treinta días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que se haya entregado el último recaudo o del informe de ajuste de pérdidas, si fuese el caso. En consecuencia, las empresas de seguros o de medicina prepagada estarán obligadas a hacer efectivas las indemnizaciones antes del vencimiento del referido lapso, so pena de incurrir en responsabilidad administrativa por retardo en el cumplimiento de sus obligaciones.

Igualmente tienen derecho a ser notificados por escrito dentro del lapso antes señalado, de las causas de hecho y de derecho que justifican el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida”.
(Destacados de la Sala).

La norma antes parcialmente transcrita, establece la obligación que tienen las empresas de seguros y de medicina prepagada de dar respuesta -aprobatoria o de rechazo- a las solicitudes de indemnización que les sean planteadas por sus asegurados, tomadores o beneficiarios, precisándose que la misma deberá verificarse dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que se haya entregado el último recaudo o del informe de ajuste de pérdidas, si fuese el caso.

Así tenemos que, tal como se expresa en la providencia impugnada, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora -con base en lo establecido en la aludida disposición- determinó que al haberse consignado el informe de ajuste de pérdidas en fecha 25 de enero de 2011, circunstancia ésta no controvertida por la recurrente, la misma “tenía hasta el 24 de febrero

de 2011, para pronunciarse sobre el caso en cuestión, pero la carta de rechazo fue emitida el día 13 de abril de 2011, es decir, fuera del lapso legalmente establecido en el artículo 130 de la Ley de la Actividad aseguradora”, evidenciándose así que la prenombrada aseguradora “incurrió en el supuesto de retardo en la tramitación de la reclamación presentada” por uno de sus asegurados.

De igual forma, se advierte que en razón de lo anterior la prenombrada Superintendencia impuso a la accionante la sanción mínima (1.500 U.T.) prevista en el artículo 166 *eiusdem*, para aquellas empresas de seguros que, como en el caso que nos ocupa, eludan, “retarden” o dejen de cumplir sin causa justificada, sus obligaciones para con los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes o asociados, dentro de las condiciones y plazos legales o contractuales aplicables. (Destacados de la Sala).

De lo hasta ahora expuesto, se evidencia una decisión de la Administración la cual se encuentra debidamente sustentada en preceptos legales aplicables al caso concreto, sin embargo, la representación de la recurrente alega la existencia de un falso supuesto de derecho, derivado de la falta de aplicación de lo establecido en el artículo 41 de la precitada Ley del Contrato de Seguro, el cual establece lo siguiente:

Pago de la indemnización

Artículo 41. Terminadas las investigaciones y peritajes para establecer la existencia del siniestro, la empresa de seguros está obligada a satisfacer la indemnización de ser el caso, dentro del plazo establecido en la ley, según las circunstancias por ella conocidas.

Como vemos, la disposición antes transcrita se refiere a la oportunidad en la cual las aseguradoras deberán cumplir con el pago de las indemnizaciones reconocidas en favor de sus asegurados, no obstante, tal como se señalara en líneas anteriores, en el caso autos la mencionada compañía de seguros rechazó la indemnización exigida por el denunciante en sede administrativa.

De igual forma, se advierte que contrariamente a lo alegado por la representación de la accionante, en el caso bajo análisis la Administración no estaba en la obligación de aplicar de manera “concatenada” la referida disposición (artículo 41 de la Ley del Contrato de Seguro), con lo establecido en el precitado artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora, ya que el supuesto que fue objeto de estudio durante el procedimiento administrativo y cuya ocurrencia en efecto se determinó a la finalización del mismo, no era el incumplimiento por parte de la sociedad mercantil “Seguros Nuevo Mundo, S.A.”, de su obligación de satisfacer (pagar) oportunamente las indemnizaciones correspondientes a sus asegurados, sino el “retardo” en que esta incurrió respecto a la tramitación de la reclamación que fuera presentada por el ciudadano Edgar Virgilio Correia Fernández (denunciante), con ocasión al siniestro ocurrido a un vehículo de su propiedad, el cual se encontraba asegurado, según “Póliza de Casco de Vehículos Terrestres N° 0000001102”, emitida por la mencionada empresa de seguros.

Con base en los razonamientos antes expuestos, esta Sala considera que en el presente caso no se verifica el vicio de falso supuesto de derecho, denunciado por la representación de la recurrente. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01090.

FECHA: 08 de octubre de 2015.

PARTES: Seguros Carabobo, contra el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU).

.....

TEMA: TERCERO RECLAMANTE EN EL CONTRATO DE SEGURO (ELUSIÓN, RETARDO O RECHAZO GENÉRICO)

Máxima: las partes esenciales de todo contrato de seguro son el tomador y la empresa aseguradora, además de asegurados y beneficiarios, entre las cuales se reparten las cargas, obligaciones y derechos derivados del contrato de seguro. Sin embargo, en los seguros de responsabilidad civil de vehículos los cuales se constituyen garantías a favor de los terceros, éstos intervienen como consecuencia de daños ocasionados a sus bienes o a sus personas en siniestros en los cuales se halla involucrado el asegurado o titular de la póliza. De manera que, si bien en principio los terceros son ajenos a la relación contractual del seguro, es por efecto de un siniestro en los cuales resultan perjudicados, que entran a formar parte eventual de la relación jurídica, en calidad de beneficiarios, al recibir en ese supuesto la indemnización que proveerá la compañía aseguradora.

Máxima: los terceros, aun cuando son ajenos a la relación contractual del seguro, por efecto de un siniestro en los cuales resulten perjudicados, pueden pasar a formar parte eventual de la relación jurídica, en calidad de beneficiarios, a los fines de recibir la indemnización a la que está obligada la aseguradora.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse respecto a la demanda contencioso administrativa de nulidad interpuesta por los apoderados judiciales de la sociedad mercantil Seguros Carabobo, C.A., en virtud del silencio administrativo del entonces Ministro del Poder Popular para las Industrias Ligeras y Comercio (hoy Ministro del Poder Popular para el Comercio) al no decidir el recurso jerárquico interpuesto el 16 de abril de 2009, contra el acto administrativo del 18 de mayo de 2008, emanado del Presidente del entonces Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usua-

rio (INDECU), actualmente Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE), mediante el cual se le impuso a la recurrente la sanción de multa por la cantidad de mil unidades tributarias (1.000 U.T.), por la presunta transgresión de los artículos 6 numeral 3, 18 y 92 de la entonces vigente Ley de Protección al Consumidor y el Usuario, con ocasión de la denuncia efectuada por el ciudadano Alfonso Antonio Castillo Lambrano; en tal sentido, se observa:

Ahora bien, a los fines de determinar si la Administración incurrió en el vicio de falso supuesto denunciado, esta Máxima Instancia considera oportuno pasar a conocer en primer término la denuncia referida a la figura del tercero reclamante:

-De la errónea asimilación de la figura de un tercero reclamante al usuario.

Refirió la parte demandante que hay una errónea asimilación de la figura de un tercero reclamante al usuario, puesto que “el INDEPABIS afirma que el ciudadano ALFONSO ANTONIO CASTILLO LAMBRANO es usuario de [su] representada en virtud de la póliza de responsabilidad civil de vehículos terrestres que contratara el Instituto Nacional de Tierras con [su] representada. Con este pronunciamiento, la Administración incurre en el vicio de falso supuesto”. (Agregados de la Sala).

En este sentido, indicó que “el INDEPABIS incurrió en un falso supuesto en la interpretación de los artículos 6 ordinal 3°, 18 y 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, así como en una errada apreciación de la realidad, al asimilar la figura del tercero reclamante a la del usuario a que aluden las referidas normas, y respecto de quienes la aseguradora puede incurrir en los supuestos ilícitos administrativos a que se hace referencia en el acto recurrido. Ello por cuanto, el hecho de que el tercero reclamante cuente con acciones en contra de la aseguradora, que pueda recibir directamente el pago de la indemnización o la carga de informar de los hechos a la aseguradora, no lo constituyen en parte del Contrato

de Seguros, y en consecuencia en usuario del servicio, aún en los casos de pólizas que sean consideradas como garantía”.

Ahora bien, a los fines de determinar si en efecto se configuró el vicio de falso supuesto denunciado, conviene citar el contenido de los artículos 6 numeral 3, 18 y 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, aplicable *ratione temporis* al caso de autos, que fueron supuestamente mal interpretados por la Administración al momento de emitir el acto administrativo hoy impugnado. Dicha normativa dispone:

“Artículo 6. Son derechos de los consumidores y usuarios:

(“Omissis”)

3. La información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los diferentes bienes y servicios puestos a su disposición en el mercado, con especificaciones de precios, cantidad, peso, características, calidad, riesgos y demás datos de interés inherentes a su naturaleza, composición y contraindicaciones que les permita elegir de conformidad con sus necesidades y obtener un aprovechamiento satisfactorio y seguro”.

“Artículo 18. Las personas naturales y jurídicas que se dediquen a la comercialización de bienes y a la prestación de servicios públicos, como las instituciones bancarias y otras instituciones financieras, las empresas de seguros y reaseguros, las empresas operadoras de tarjetas de crédito, cuyas actividades están reguladas por leyes especiales, así como las empresas que presten servicios de interés colectivo de venta y abastecimiento de energía eléctrica, servicio telefónico, aseo urbano, servicio de venta de gasolina y derivados de hidrocarburos y los demás servicios, están obligadas a cumplir todas las condiciones para prestarlos en forma continua, regular y eficiente”.

“Artículo 92. Los proveedores de bienes o servicios, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, incurrirán en responsabilidad civil y ad-

ministrativa, tanto por los hechos propios como por los de sus dependientes o auxiliares, permanentes o circunstanciales, aun cuando no tengan con los mismos una relación laboral”.

En criterio de la accionante, la Administración incurrió en un falso supuesto en la interpretación y aplicación de los artículos anteriormente transcritos, por cuanto consideró al tercero reclamante en el presente caso como parte del Contrato de Seguro, siendo que entre la empresa aseguradora y el sujeto en cuestión no existe una obligación de prestación del servicio.

Siendo así, conviene hacer ciertas precisiones a los fines de aclarar si tenía o no que cumplir la sociedad mercantil Seguros Carabobo, C.A., con el deber de informar al tercero reclamante sobre el servicio ofrecido a los usuarios por parte de la aludida empresa, así como cumplir con el pago y asumir la responsabilidad correspondiente por el siniestro suscitado.

Al respecto, el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro publicado en la Gaceta Oficial Nro. Extraordinario 5.553 del 12 de noviembre de 2001, aplicable en razón del tiempo, prevé en sus artículos 7 y 8 cuáles son las partes del Contrato de Seguro:

“Artículo 7. Son partes del contrato de seguro:

1. La empresa de seguros o asegurador, es decir, la persona que asume los riesgos. Sólo las empresas de seguros autorizadas de acuerdo con la ley que rige la materia pueden actuar como asegurador.
2. El tomador, o sea, la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.

Artículo 8. En los contratos de seguros podrán existir además de las partes señaladas en el artículo anterior, el asegurado, persona que en sí misma, en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta al riesgo: y el beneficiario, aquél en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará la empresa de seguros. El tomador, el asegurado o el beneficiario pueden ser o no la misma persona”.

De conformidad con las normas anteriormente transcritas, las partes esenciales de todo contrato de seguro son el tomador y la empresa aseguradora “además de asegurados y beneficiarios” entre las cuales se reparten las cargas, obligaciones y derechos derivados del contrato de seguro. Sin embargo, en los seguros de responsabilidad civil de vehículos los cuales se constituyen garantías a favor de los terceros, éstos intervienen como consecuencia de daños ocasionados a sus bienes o a sus personas en siniestros en los cuales se halla involucrado el asegurado o titular de la póliza. De manera que si bien en principio los terceros son ajenos a la relación contractual del seguro, es por efecto de un siniestro en los cuales resultan perjudicados, que entran a formar parte eventual de la relación jurídica, en calidad de beneficiarios, al recibir en ese supuesto la indemnización que proveerá la compañía aseguradora.

Además, dentro del marco regulatorio de la actividad aseguradora, mediante la Providencia Administrativa Nro. 00960 del 21 de noviembre de 2003, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nro. 37.829 de fecha 1° de diciembre de 2003, la Superintendencia de Seguros como órgano contralor y regulador, modificó la Póliza de Responsabilidad Civil de Vehículos aprobada con carácter general y uniforme el 21 de agosto de 1998, publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela Nro. Extraordinario 5.254, ajustándola a las últimas tendencias en materia de seguro y con especial adaptación al Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro y a la Ley de Tránsito y Transporte Terrestre.

En este instrumento reglamentario se incorporó, entre otros aspectos, la figura del tercero para convenir con la empresa de seguros el pago de los daños causados, entendiéndose por el tercero el sujeto objeto del daño personal o material, por el cual debe responder el asegurado o conductor con motivo de la circulación del vehículo asegurado.

Del mismo modo se contempló la figura del tercero para la notificación del siniestro y en el procedimiento de Declaración Conjunta, para que

podría acudir a la empresa de seguros a fin de serle evaluados los daños de su vehículo, y así iniciar el procedimiento de determinación de responsabilidad entre las aseguradoras. Tales disposiciones se encuentran contenidas en las cláusulas que a continuación se transcriben:

“PRIMERA: OBJETO DEL SEGURO.

La Empresa de Seguros se compromete a indemnizar al (los) terceros(s), en los términos establecidos en la póliza por los daños a personas o cosas que se le hayan causado y por los cuales deba responder el Asegurado o el Conductor, con motivo de la circulación del vehículo asegurado dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela, de conformidad con la legislación que regule el tránsito y transporte terrestre, pero limitados a la cantidad máximas previstas en esta Póliza por cada accidente”. (Destacado de la Sala)

“NOVENA: NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE.

Al ocurrir cualquier accidente en el que resulten daños a terceros, el Asegurado o el Tercero, según corresponda, deberá en un lapso máximo de quince (15) días hábiles siguientes a partir de la fecha de conocimiento del hecho, salvo por causa extraña no imputable a él:

a) Dar aviso por escrito a la Empresa de Seguros mediante la declaración de Siniestro, acompañada por las actuaciones administrativas de tránsito. En los accidentes donde se produzcan lesiones personales, muertes o donde intervengan vehículos que fueren propiedad de la nación Venezolana, para que haya lugar a las indemnizaciones que sean procedentes de acuerdo con esta Póliza, es indispensable entregar a la Empresa de Seguros las actuaciones de las autoridades competentes, donde se deje constancia escrita de las circunstancias en que se produjo el mismo”. (Negrillas de la Sala)

Las referidas cláusulas permiten tanto al asegurado como al tercero, informar a la empresa aseguradora del siniestro ocurrido dentro del plazo

allí establecido, a fin de activar los mecanismos para obtener el resarcimiento correspondiente por los daños causados. En consecuencia, tiene la compañía de seguros, por contrapartida, la obligación de dar oportuna y adecuada respuesta a los solicitantes, entre los cuales se incluye el tercero reclamante.

En igual sentido, la cláusula Décima Segunda establece en lo concerniente a la indemnización lo siguiente:

“DÉCIMA SEGUNDA: INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización derivada de la presente Póliza, procederá:

1. Si el Conductor resultare responsable por efecto del procedimiento de la Declaración Conjunta prevista en la cláusula décima primera de la Póliza.
2. Si la Empresa de Seguros conviniere con el Tercero en el pago de los daños.

(“Omissis”)

De seguirse el procedimiento de Declaración Conjunta, el Tercero deberá acudir a la Empresa de Seguros para que le sean evaluados los daños de su vehículo y se inicie el procedimiento de determinación de responsabilidad entre las Aseguradoras de acuerdo con el Convenio de Liquidación de Daños entre Aseguradoras (“COLIDA”). Si el tercero no lograre el resarcimiento del daño por parte de la Empresa de Seguros dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de la consignación de la Declaración Conjunta, podrá exigir la devolución del ejemplar original de la Declaración Conjunta en poder de la Empresa de Seguros, a los fines de intentar las acciones que considere convenientes a sus intereses”.

Asimismo, el Decreto Nro. 1.535 con Fuerza de Ley de Tránsito y Transporte Terrestre, aplicable *ratione temporis*, publicado en la Gaceta Oficial de

la República Bolivariana de Venezuela Nro. 37.332 del 26 de noviembre de 2001, establecía en su artículo 132 los derechos de los agraviados en accidentes de tránsito frente al asegurador, en los siguientes términos:

“Artículo 132. Las víctimas de accidentes de tránsito terrestre o sus herederos, tienen acción directa contra el asegurador dentro de los límites de la suma asegurada por el contrato.

Si hay varios perjudicados y el total de las indemnizaciones debidas por los propietarios excede de la suma asegurada, los derechos de aquellos contra el asegurador se dividirán proporcionalmente hasta la concurrencia de esta suma. No obstante, el asegurador que pruebe haber pagado de buena fe a alguno de los perjudicados una cantidad mayor a la que le correspondía, queda liberado de responsabilidad respecto a los demás perjudicados hasta la concurrencia de la cantidad pagada”.

En consideración a los fundamentos jurídicos antes expuestos, mal puede la empresa aseguradora eximirse de su deber alegando que el tercero no es parte de la relación contractual del seguro, pues ésta tiene la obligación de recibir el aviso por escrito del siniestro, así como de dar respuesta oportuna e indemnizar al o los terceros en caso de daños cubiertos por la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil de Vehículos, y ello ha sido ampliamente reconocido y reiterado por la jurisprudencia de esta Sala, por cuanto en estos casos dichos sujetos se consideran como usuarios del servicio que presta la aseguradora. (Vid. entre otras, sentencia Nro. 378 del 5 de mayo de 2010).

En consecuencia, debe este Alto Tribunal desechar la presente denuncia, por cuanto los terceros, aun cuando son ajenos a la relación contractual del seguro, por efecto de un siniestro en los cuales resulten perjudicados, pueden pasar a formar parte eventual de la relación jurídica, en calidad de beneficiarios, a los fines de recibir la indemnización a la que está obligada la aseguradora. Así se establece.

.....

TRIBUNAL: Sala Constitucional.

SENTENCIA: 1371.

FECHA: 13 de noviembre de 2015.

PARTES: Seguros Nuevo Mundo S.A. contra José Gregorio Sánchez Pérez.

.....
**TEMA: AGENTES EXCLUSIVOS Y LA RELACIÓN LABORAL
CON LAS EMPRESAS DE SEGUROS**

Máxima: es perfectamente posible que con ocasión de las actividades de un productor o agente de seguros que sea persona natural y que actúe en forma exclusiva para determinada empresa, pueda configurarse una relación de trabajo siempre y cuando de la forma como se ejecuten tales actividades no se encuentren desvirtuados los requisitos esenciales de la relación de trabajo presumidos por la Ley Orgánica del Trabajo. En ese sentido, al tratarse de una relación que se encuentra amparada por una legislación especial, la jurisprudencia ha sido clara en señalar que ello no implica que la labor ejercida por los productores exclusivos de seguros no pueda revestir carácter laboral, si sus características son propias de este tipo de relación.

EXTRACTO:

(...) Ahora bien, en sentencia número 48 de fecha 15 de marzo del año 2000 (caso: María Antonia Velasco Avellaneda contra Compañía Anónima Venezolana Seguros Caracas), esta Sala explicó que de la interpretación de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, específicamente de los artículos 136 y siguientes, es perfectamente posible que con ocasión de las actividades de un productor o agente de seguros que sea persona na-

tural y que actúe en forma exclusiva para determinada empresa, pueda configurarse una relación de trabajo siempre y cuando de la forma como se ejecuten tales actividades no se encuentren desvirtuados los requisitos esenciales de la relación de trabajo presumidos por la Ley.



Se desprende de autos que para los años comprendidos de 1988 a 1994 y del 2000 al 2009, el accionante prestó su servicio personal de manera exclusiva a favor de la demandada como productor exclusivo de Seguros Nuevo Mundo, S.A., obligándose frente a la demandada a comercializar únicamente los productos ofrecidos por la compañía.

En atención a ello, del cúmulo de pruebas aportados a los autos verifica esta Sala que no logró la demandada desvirtuar que la relación desplegada por el actor como productor exclusivo en los periodos comprendidos del 12 de abril de 1988 al 18 de marzo de 1994 y del 29 de marzo del año 2000 al 3 de abril de 2009, haya tenido características distintas a una relación de naturaleza laboral, pues las condiciones en las que fue ejecutada la prestación de servicio por parte del demandante en el caso concreto, durante tales periodos se subsumen en una relación de dependencia a favor a de la accionada.

De esta manera, verifica esta Sala en autos (pruebas de informes que cursan a los folios 6 y 161 de la de la tercera y primera pieza del expediente, respectivamente) que el ciudadano José Gregorio Sánchez Pérez durante los periodos mencionados supra, se desempeñaba como Productor Exclusivo de la demandada SEGUROS NUEVO MUNDO, S.A, cuya función consistía en la venta y cobro de las pólizas de seguros y asesoramiento de sus clientes, lo cual fue reconocido por la demandada. No tenía un horario de trabajo determinado, sin embargo, se logra comprobar que iba a la sede de la demandada donde tenía a su disposición una sala de producción exclusiva para atender a sus clientes.

No es un hecho controvertido que por la prestación del servicio del actor

éste percibía comisiones, quedando demostrado en autos que la sociedad mercantil demandada otorgaba préstamos solicitados por el actor por cuenta de anticipo de comisiones, lo cual se desprende del legajo de recibos aportados al expediente.

De la prueba de informes presentada por el Banco de Venezuela, S.A., Banco Universal, se desprende que el actor poseía una cuenta perteneciente al plan súper nómina de la demandada. Se desprende de autos que la empresa accionada le proporcione al actor cursos para su adiestramiento, así como reconocimientos por la labor desempeñada como productor exclusivo.

En tal sentido, reitera esta Sala que en los periodos comprendidos del 12 de abril de 1988 al 18 de marzo de 1994 y del 29 de marzo del año 2000 al 3 de abril de 2009, el actor prestó sus servicios como productor exclusivo de seguros para la empresa demandada y que en virtud de dicha exclusividad no prestó servicios para ninguna otra empresa.

Por lo tanto, se tiene que la relación que unió a las partes desde el 12 de abril de 1988 al 18 de marzo de 1994 y del 29 de marzo del año 2000 al 3 de abril de 2009, resulta de naturaleza laboral. Así se decide.

En el caso sub iudice, la representación judicial de la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo S.A., solicitó la revisión de la sentencia a que se hizo referencia supra, por cuanto —en su criterio— se había “desnaturaliz[ado] el recurso de casación convirtiéndolo en una tercera instancia” cuando la Sala de Casación Social, pese a haberse percatado de que el tribunal superior había aplicado e interpretado correctamente los artículos 65 de la derogada Ley Orgánica del Trabajo y 72 de la Ley Orgánica Procesal del Trabajo, “arbitrariamente procedió a revisar las actas del expediente y sin ningún análisis probatorio, censuró las conclusiones sobre la naturaleza jurídica que unía a las partes a las que, en su soberanía de juzgar, arribó el [t]ribunal [s]uperior, para, con fundamento en ello, dar por cierto el error de interpretación” en que había incurrido dicho juzga-

do. Que al no señalarse en la sentencia objeto de revisión cuáles habían sido los extremos de la conclusión del tribunal superior, que no fueron correctamente demostrados, se habría incurrido en petición de principio; todo lo cual conllevó al vicio de inmotivación de la sentencia, en violación de los derechos a la igualdad, a la tutela judicial efectiva y a la defensa de su representada, en igual quebrantamiento del principio de seguridad jurídica y confianza legítima.

En el caso bajo examen, luego del análisis de los argumentos y denuncias sobre las cuales se pretende la fundamentación de la solicitud de revisión, así como de los recaudos que fueron consignados con el escrito que la contiene, esta Sala Constitucional verifica que ninguna de las argumentaciones posee suficiente contundencia para su estimación, pues es claro que éstas giran en torno a su manifiesta disconformidad con el acto de juzgamiento que forma su objeto, sin que la representación judicial de la empresa demandada —hoy solicitante— hubiese hecho alegaciones sólidas cuya comprobación o demostración permitiesen la subsunción de sus dichos en la violación de algún precedente vinculante que hubiese establecido esta Sala Constitucional con anterioridad a dicho juzgamiento, o que hubiese incurrido en un error grave en la interpretación de una norma o principio constitucional, o en la indebida o falta de aplicación de los mismos, es decir, sus denuncias se circunscriben a su sola situación jurídica subjetiva, con la sola intención de que se haga un nuevo juzgamiento sobre la situación controvertida, como si la revisión fuese una instancia más del proceso donde se dictó el acto decisorio cuestionado, lo cual no sería procedente ni aun en el supuesto negado de que, efectivamente, se hubiese producido alguno de los errores denunciados, pues éstos, se insiste, no se consideran de cierta envergadura o trascendencia que permita su subsunción en algunos de los supuestos de procedencia de este medio judicial de control de constitucionalidad que fueron mencionados.

En efecto, se observa que la Sala de Casación Social no se extralimitó en sus funciones, por el contrario actuó ajustada a derecho cuando dictó el acto de juzgamiento cuestionado, mediante el cual declaró con lugar el

recurso de casación que fue interpuesto, con base en que, aun cuando el juzgador de alzada escogió correctamente la norma jurídica aplicable al caso concreto –artículo 65 de la derogada Ley Orgánica del Trabajo (1997)–, sin embargo revisó las actas que constaban en el expediente y verificó que dicho tribunal había concluido que la relación laboral quedó desvirtuada por la demandada, sin detenerse a analizar las características que revestían las labores ejercidas por el actor “como productor exclusivo para la accionada” –ahora solicitante– por lo que, no obstante que había aplicado la norma correcta, le había otorgado a la situación en concreto una consecuencia jurídica que no fue correctamente demostrada. Además, la Sala de Casación Social expresó que, más allá de que se trataba de una relación que se encontraba amparada por una legislación especial, la jurisprudencia había sido clara en señalar que “ello no implica[ba] que la labor ejercida por los productores exclusivos de seguros no pueda revestir carácter laboral, si sus características son propias de este tipo de relación”; en consecuencia, de conformidad con el artículo 175 de la Ley Orgánica Procesal del Trabajo, se decretó la nulidad de la decisión recurrida y pasó a decidir el fondo de la presente controversia, con el debido análisis probatorio.

• • • • •

2016



TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00561.

FECHA: 15 de marzo de 2016.

PARTES: Moisés Aaron Suárez Ochoa contra Dirección General de Procedimientos Especiales de la Contraloría General de la República.

.....
**TEMA: AJUSTE DE LA PRIMA POR ALTA SINIESTRALIDAD
DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: está prohibido a las empresas de seguros y de reaseguros realizar ajustes de prima por alta siniestralidad durante el período para el cual ha sido calculada la misma, por lo que quedan sin efecto las cláusulas del contrato de seguro que establecen un desequilibrio entre los derechos y obligaciones de las partes o impongan cargas desproporcionadas en perjuicio del contratante.

Máxima: las cláusulas que establecen grandes desequilibrios entre las partes han sido denominadas por la doctrina del órgano rector en la materia como cláusulas abusivas, por lo que el pago por concepto ajuste de alta siniestralidad, ordenado por el actor a favor de la mencionada aseguradora no era legalmente procedente, y la nulidad de dicha cláusula no comporta la aplicación retroactiva de la ley.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala decidir la demanda de nulidad incoada conjuntamente con amparo cautelar por el ciudadano Moisés Aaron Suárez Ochoa, asistido por el abogado Jaime Rafael Timaure Perozo, ya identificados, con ocasión del silencio administrativo por la falta de respuesta al recurso de reconsideración incoado contra el Auto Decisorio Núm. 08-01-PADR-

006-2015 de fecha 5 de noviembre de 2015, emitido por el Director de Determinación de Responsabilidades de la Dirección General de Procedimientos Especiales de la Contraloría General de la República, actuando por delegación del Contralor General de la República, mediante el cual se declaró la responsabilidad administrativa del mencionado ciudadano, en su condición de Director de Administración del Instituto Autónomo Policía del Municipio Chacao, se le impuso multa equivalente a setecientas setenta y cinco Unidades Tributarias (775 U.T.) y se estableció su responsabilidad civil por el daño causado a la República.

Realizado el examen de las actas, se observa que el actor alegó: i) violación del derecho a la defensa y al debido proceso; ii) usurpación de funciones; iii) falso supuesto de derecho; iv) la inexistencia de daño patrimonial que fundamente el reparo formulado; y v) la violación al principio de irretroactividad de la ley.

Precisado lo anterior, pasa esta Sala a dirimir las aludidas denuncias en el orden que a continuación se indica:

i).- Violación del derecho a la defensa y al debido proceso

En el caso de marras lo expuesto por la parte actora se reduce a lo siguiente: Que se le “(...) impidió conocer la totalidad de las razones que en criterio del órgano contralor, comprometían presuntamente [su] responsabilidad, en virtud de lo cual [le] fue imposible defenderse de unos fundamentos jurídicos desconocidos (...)”. (Resaltado del original y agregados de la Sala).

Por su parte la representación del Órgano Contralor en el escrito de conclusiones manifestó que el demandante “(...) así como sus apoderados judiciales, tuvieron pleno acceso al mencionado expediente; fue notificado de todas y cada una de las actuaciones administrativas contenidas en el mismo, donde además se le anunciaron los recursos y defensas que le asisten; estando en la oportunidad legal, presentó escrito contentivo de argumentos y pruebas a ser expuestos en el acto oral y público, al cual

asistió en compañía de sus representantes legales, ejerciendo de forma oral su defensa (...) asimismo, la Dirección [del órgano contralor] remitió cartel de notificación del recurrente, entre otros, publicado en el diario VEA en esa misma fecha, a fin de dejar constancia de la notificación del Auto Decisorio (...) [el] 26 de marzo el apoderado judicial solicitó copias del mismo, quedando así notificado de la Decisión (...). (Agregados de la Sala).

A tal efecto, esta Sala observa que la Administración declaró la responsabilidad administrativa del mencionado ciudadano, en su condición de Director de Administración del Instituto Autónomo Policía Municipal de Chacao, le impuso multa equivalente a setecientos setenta y cinco Unidades Tributarias (775 U.T.), “por la cantidad de cincuenta y ocho mil novecientos bolívares sin céntimos (Bs. 58.900,00), en razón de la entidad de los hechos irregulares y en atención a la Unidad Tributaria establecida”, y declaró su responsabilidad civil “por el daño causado al patrimonio público por la cantidad total de cinco millones ciento cuarenta y seis mil ciento cincuenta y ocho bolívares sin céntimos (Bs. 5.146.158,00) (...), por haber participado en la concreción de la cancelación del referido monto, por concepto de ajuste por alta siniestralidad, toda vez que se determinó que la cláusula que la establecía, era abusiva, desproporcionada e ilegal”. (Sic).

Se evidencia que la Administración i) notificó correctamente al hoy accionante del inicio del procedimiento; ii) le garantizó la defensa y el acceso al expediente, por cuanto contó con la asistencia de un abogado de su confianza; y iii) participó en el acto oral y público en sede Administrativa, donde tuvo la oportunidad de presentar pruebas y defenderse de los hechos imputados.

Es evidente entonces que el Órgano Contralor en el procedimiento administrativo de Determinación de Responsabilidades realizado al hoy demandante garantizó el derecho a la defensa y el debido proceso del mencionado ciudadano, por otro lado esta Máxima Instancia no logró constatar prueba alguna que demostrara lo alegado por el demandante

en cuanto a que le “fue imposible defenderse de unos fundamentos jurídicos desconocidos”, es decir, el actor no demuestra ni identifica cuáles son esos elementos desconocidos a que hace referencia, por lo que tales alegatos se desechan por genéricos.

De igual forma se observa del escrito libelar, que el demandante señaló que la Administración incurrió en violación del derecho a la defensa en la sustanciación del procedimiento administrativo por cuanto “(...) el Funcionario que suscribe el Auto recurrido, en dicha decisión por primera vez expone la razón por la cual decidió la realización de Audiencia Pública fijada para el 10 de julio de 2015, aun cuando no constaba la recepción de la Prueba de Informes, promovida y admitida, la cual resultaba fundamental para [su] defensa, citando el dispositivo del artículo 96 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal, al estimar que no existieron razones de fuerza mayor o alguna situación inesperada que produzca alteraciones sustanciales que impidan su realización (...)”. (Resaltados del original, negrillas y agregados de la Sala).

Observa la Sala que el Órgano Contralor en fecha 10 de julio de 2015 dio inicio al acto oral y público vinculado con el procedimiento administrativo para la determinación de responsabilidades, oportunidad para que los investigados en esa causa expresaran los argumentos en su defensa.

En atención a lo expuesto, esta Sala concluye que el Órgano de Control Fiscal en el procedimiento de determinación de responsabilidad realizado al demandante le garantizó el derecho a la defensa en todas las etapas del proceso, razón por la cual se desechan los argumentos expuestos por el recurrente. Así se establece.

ii).- Usurpación de funciones.

Sostuvo el demandante que se incurrió en usurpación de funciones por que -a su decir- el Órgano Contralor “(...) sin fundamentación jurídica

alguna, se atribuye la competencia para calificar y declarar el carácter ilegal de la Cláusula de la Póliza origen del recibo cuyo pago se cuestiona, omitiendo negligentemente que la única Autoridad con Potestad regulatoria, Supervisor y Sancionatoria en materia de la Actividad de Seguros en Venezuela, es la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (...).

Por su parte la representación de la Contraloría General de la República manifestó que “(...) [dicho Órgano] no invadió la esfera de competencia de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora al, por una parte, emitir el criterio sobre las cláusulas de ajuste por alta siniestralidad, y por la otra, emitir señalamiento alguno, en cuanto al acto administrativo N.º HSS-200-A-1034-003320 de fecha 02 de noviembre de 1994; toda vez que (...) para el momento del pago de la referida cláusula, ya se encontraba vigente y era de aplicación obligatoria lo contenido en el artículo 40 de la Ley de la Actividad Aseguradora (...)”. (Agregado de la Sala).

En ese sentido, es importante señalar, que la jurisprudencia de esta Sala, ha distinguido tres (3) formas básicas del vicio de incompetencia, a saber: (i) la usurpación de autoridad y (ii) la usurpación de funciones y (iii) la extralimitación de funciones. La primera de ellas, ocurre cuando un acto es dictado por quien carece en absoluto de investidura pública. Este vicio se encuentra sancionado con la nulidad absoluta del acto. Por su parte, la usurpación de funciones se constata, cuando una autoridad legítima dicta un acto invadiendo la esfera de competencia de un órgano perteneciente a otra rama del Poder Público, violentando de ese modo las disposiciones contenidas en los artículos 136 y 137 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en virtud de los cuales se consagra, además, el principio de separación de poderes, según el cual cada rama del Poder Público tiene sus funciones propias; y se establece, también, que sólo la Ley define las atribuciones del Poder Público, y a estas normas debe sujetarse su ejercicio. Finalmente, la extralimitación de funciones consiste fundamentalmente en la realización de la autoridad administrativa de un acto para el cual no tiene competencia expresa. (Vid., sentencias de esta Sala Núms. 00982 del 1º de julio de 2009 y 01279 del 23 de noviembre de 2016).

Ante la situación planteada esta Máxima Instancia pasa analizar si efectivamente el Órgano de Control Fiscal al dictar el acto administrativo recurrido incurrió en la presunta usurpación de funciones.

Así tenemos que en la póliza de seguros suscrita entre el Instituto Autónomo Policía del Municipio Chacao y la sociedad mercantil Multinacional de Seguros, C.A., se establecieron unas condiciones especiales para ser adheridas a la Póliza colectiva de Hospitalización, Cirugía y Maternidad Núm. 33-01-1593, vigente desde el 1° de enero de 2010, en las cuales se puede verificar la condición general Núm. 9, redactada en los siguientes términos:

“9. SINIESTRALIDAD:

Semestralmente la Compañía evaluará el comportamiento de la siniestralidad a fin de poder controlar a tiempo las desviaciones y si en el primer semestre de vigencia, el resultado de la siniestralidad es superior al 70%, la Compañía realizará el ajuste de prima que corresponda, todo en concordancia con lo establecido en La Cláusula Especial que forma parte integrante de este contrato. De resultar procedente algún tipo de ajuste de prima, derivado de una siniestralidad devengada superior al 70%, el mismo no tendrá carácter retroactivo. El ajuste por siniestralidad se aplicará sobre el resultado de cada institución, analizando su resultado de forma separada del resto de las instituciones, pagando así la prima extra solamente aquel organismo que incurrió en la siniestralidad”. (Ver., folios del 62 al 69 de la pieza 1 del expediente administrativo).

Aunado a ello, la Ley de la Actividad Aseguradora, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Núm. 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010, aplicada *ratione temporis* al caso de marras, establece en el numeral 21 del artículo 40 y en la disposición final segunda, lo siguiente:

“Artículo 40 Queda prohibido a las empresas de seguros y las de reaseguros lo siguiente:

(“Omissis”)

21. Efectuar ajustes de prima por alta siniestralidad durante el período para el cual ha sido calculada la prima del seguro o de medicina prepagada”.

Y la Disposición Final Segunda es del siguiente tenor:

“Segunda. A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, quedan sin efecto las cláusulas del contrato de seguro que establecen un desequilibrio entre los derechos, obligaciones de las partes o impongan cargas desproporcionadas en perjuicio del contratante, tomador, asegurado o beneficiario. Igualmente, quedan sin efecto aquellas cláusulas que limitan la relación directa entre la empresa de seguros y su reasegurador o entre el tomador, el asegurado o el beneficiario y el reasegurador”.

De las normas parcialmente transcritas se colige que le está prohibido a las empresas de seguros y de reaseguros realizar ajustes de prima por alta siniestralidad durante el período para el cual ha sido calculada la misma, por lo que quedan sin efecto las cláusulas del contrato de seguro que establecen un desequilibrio entre los derechos y obligaciones de las partes o impongan cargas desproporcionadas en perjuicio del contratante.

Por otra parte se observa que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (SUDEASEG), mediante oficio Núm. FSAA-2-2-2015-10360 de fecha 30 de julio de 2015, en respuesta al Órgano de Control Fiscal, señaló que: “[ha] sido opinión reiterada de [ese] Órgano de Control que la aplicación de dicha cláusula de Ajuste por Alta siniestralidad, aún con antelación a la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora, resultaba desproporcionada y abusiva a los intereses de los asegurados / contratantes, cuando esta era utilizada por las empresas de seguros durante la vigencia de un contrato de seguros”. (Ver, folios 3205 y 3206 de la pieza Núm. 13

del expediente administrativo). (Subrayado del original, negrillas y agregados de la Sala).

Cabe destacar que la Carta Magna en su artículo 289, le asigna a la Contraloría General de la República, entre otras facultades, la de inspeccionar y fiscalizar los órganos, entidades y personas jurídicas del sector público sometidos a su control; practicar fiscalizaciones, disponer el inicio de investigaciones sobre irregularidades contra el patrimonio público, así como dictar las medidas, imponer reparos y aplicar las sanciones administrativas a que haya lugar de conformidad con la Ley. Asimismo, el artículo 290 eiusdem, consagra que “La ley determinará lo relativo a la organización y funcionamiento de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal”.

En desarrollo de lo anterior, la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Núm. 6013 extraordinario de fecha 23 de diciembre de 2010, establece en los artículos 2, 77 y 93, lo que sigue:

“Artículo 2. La Contraloría General de la República, en los términos de la Constitución y de esta Ley, es un órgano del Poder Ciudadano al que corresponde el control, la vigilancia y fiscalización de los ingresos, gastos y bienes públicos, así como de las operaciones relativas a los mismos, cuyas actuaciones se orientarán a la realización de auditorías, inspecciones y cualquier tipo de revisiones fiscales en los organismos y entidades sujetas a su control.

La Contraloría en el ejercicio de sus funciones, verificará la legalidad, exactitud y sinceridad, así como la eficacia, economía, eficiencia, calidad e impacto de las operaciones y de los resultados de la gestión de los organismos y entidades sujetas a su control.

Corresponde a la Contraloría ejercer sobre los contribuyentes y responsables, previstos en el Código Orgánico Tributario, así como

sobre los demás particulares, las potestades que específicamente le atribuye esta Ley.

Parágrafo único: La Contraloría realizara todas las actividades que le asigne el Consejo Moral Republicano, de conformidad con la Constitución de la República y las Leyes”.

“Artículo 77. La potestad de investigación de los órganos de control fiscal será ejercida en los términos de la Constitución de la República y esta Ley, cuando a su juicio existan méritos suficientes para ello, y comprende las facultades para:

1. Realizar las actuaciones que sean necesarias, a fin de verificar la ocurrencia de actos, hechos u omisiones contrarios a una disposición legal o sublegal, determinar el monto de los daños causados al patrimonio público, si fuere el caso, así como la procedencia de acciones fiscales.

Cuando el órgano de control fiscal, en el curso de las investigaciones que adelante, necesite tomar declaración a cualquier persona, ordenará su comparecencia, mediante oficio notificando a quien deba rendir la declaración.

2. Los órganos de control fiscal externo podrán ordenar a las unidades de auditoría interna del organismo, entidad o persona del sector público en el que presuntamente hubieren ocurrido los actos, hechos u omisiones a que se refiere el numeral anterior, que realicen las actuaciones necesarias, le informe los correspondientes resultados, dentro del plazo que acuerden a tal fin, e inicie, siempre que existan indicios suficientes para ello, el procedimiento correspondiente para hacer efectivas las responsabilidades a que hubiere lugar.

La Contraloría General de la República podrá ordenar las actuaciones señaladas en este numeral a la contraloría externa competente para ejercer control sobre dichos organismos, entidades y personas”.

“Artículo 93. Las potestades sancionatorias de los órganos de con-

trol serán ejercidas de conformidad con lo previsto en la Constitución de la República y las leyes, siguiendo el procedimiento establecido en esta Ley para la determinación de responsabilidades. Dicha potestad comprende las facultades para:

- 1.- Declarar la responsabilidad administrativa de los funcionarios, funcionarias, empleados, empleadas, obreros y obreras que presten servicio en los entes señalados en los numerales 1 al 11 del artículo 9 de esta Ley, así como de los particulares que hayan incurrido en los actos, hechos u omisiones generadores de dicha responsabilidad.
- 2.- Imponer multas en los supuestos contemplados en el artículo 94 de la presente Ley.
- 3.- Imponer las sanciones a que se refiere el artículo 105 de esta Ley”. (Destacado de la Sala).

De las normas antes referidas se desprende la legalidad de las potestades de investigación y sancionatorias que ostentan los Órganos de Control Fiscal.

De la transcripción anterior y, circunscritos al caso de autos este Órgano Jurisdiccional observa que el ciudadano Moisés Aarón Suárez Ochoa efectuó “(...) el pago por la cantidad de cinco millones ciento cuarenta y seis mil ciento cincuenta y ocho bolívares sin céntimos (Bs. 5.146.158,00) a favor de la Sociedad Mercantil Multinacional de Seguros, S.A., por concepto de ajuste por alta siniestralidad, presentada en el seguro colectivo del referido Instituto Policial, durante el período comprendido desde 01 de enero al 31 de diciembre de 2010, correspondiente a la cláusula nueve (09) de la Póliza de Seguros HCM Nro. 33-01-1593 (sic) (...)”.

Ahora bien, visto que el demandante se desempeñó como Director de Administración del Instituto Autónomo Policía del Municipio Chacao, esto es, era un funcionario del mencionado Instituto, está sujeto al control, vigilancia y fiscalización de la Contraloría General de la República, en tanto y en cuanto es responsable de las funciones ejercidas.

Por otro lado se advierte que, si bien es cierto, que con la entrada en vigor de la Ley de la Actividad Aseguradora quedaron sin efecto las cláusulas de contratos de seguros por ajustes de prima por alta siniestralidad, no es menos cierto, que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (SU-DEASEG), con antelación a la entrada en vigencia de la prenombrada ley, ya había emitido opinión reiterada sobre la aplicación de la cláusula de ajuste por alta siniestralidad, alegando que la misma era desproporcionada y abusiva a los intereses de los asegurados, por lo que mal puede pretender el hoy demandante señalar que el órgano contralor sin fundamentación jurídica, se atribuye la competencia para calificar y declarar el carácter ilegal de la Cláusula 9 de dicha Póliza de seguros, cuando ya para la fecha de ejecución del pago objeto de la sanción administrativa (29 de junio de 2011) era ilegal por disposición de la ley in comento.

En ese sentido, esta Sala advierte que el Órgano de Control Fiscal en aras de establecer la responsabilidad administrativa de las funcionarias, funcionarios, empleadas, empleados, obreras y obreros que presten servicio en los entes y organismos señalados en el artículo 9 de la prenombrada Ley, tiene la facultad para examinar las disposiciones legales y reglamentarias, relacionadas con el asunto. Así se establece.

Por lo antes expuesto, esta Sala estima que el Órgano de Control Fiscal no incurrió en la usurpación de funciones alegada. Así se decide.

iii).- Falso supuesto de derecho.

En este contexto, se debe destacar que la Sala ha establecido de forma reiterada que el vicio de falso supuesto se configura de dos maneras diferentes: la primera, relativa al falso supuesto de hecho, cuando la Administración al dictar un acto administrativo fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o no relacionados con el asunto objeto de decisión; la segunda, cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero

la Administración al dictar el acto los subsume en una norma errónea o inexistente en el universo normativo para fundamentar su decisión, lo cual incide decisivamente en la esfera de los derechos subjetivos del administrado; caso en el cual se está en presencia de un falso supuesto de derecho que acarrearía la anulabilidad del acto. (Vid., sentencias de esta Sala Núms. 1.640 y 138 de fechas 3 de octubre de 2007 y 4 de febrero de 2009, respectivamente).

La parte actora sostuvo que el mencionado acto administrativo está viciado de falso supuesto de derecho por cuanto el funcionario que suscribe el “(...) Auto recurrido, al declarar sobre la base del [artículo 96 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República del Sistema Nacional de Control Fiscal], que no existieron razones de fuerza mayor o alguna situación inesperada que produzca alteraciones sustanciales que impidan su realización, y precisa “por lo cual no se atendió a las solicitudes de los representantes legales de diferir la audiencia”, desconoce la aplicación preferente de las normas Constitucionales contenidas en los artículos 26, 49 y 257, y de la doctrina [del Máximo Tribunal de la República] (...)”, y por “(...) invocar una norma reglamentaria que no aplica a la situación planteada y fundamentalmente, porque desaplicó Normas de rango Constitucional, que privilegian el ejercicio de los Derechos a la Defensa, al Debido Proceso y a la Tutela Efectiva”. (Sic). (Subrayado del original y agregados de la Sala).

Lo expuesto, a juicio de esta Sala no implica el falso supuesto de derecho denunciado. Así se establece.

iv). La inexistencia de daño patrimonial que fundamente el reparo formulado.

Esta Máxima Instancia pasa a analizar la situación planteada, en tal sentido observa que cursan en el expediente administrativo, entre otros, los siguientes documentos:

1.- Gaceta Municipal del Municipio Chacao Núm. 442 de fecha 5 de mayo de 2011, en la que se publicó la Resolución Núm. 012-11, mediante la cual fue designado el ciudadano Moisés Aarón Suárez Ochoa, ya identificado, como “COORDINADOR DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS ENCARGADO. (Ver folios 2004 al 2007 de la pieza Núm. 9 del expediente administrativo).

2.- Documento emitido por la Junta Directiva del Instituto Autónomo Policía Municipal de Chacao del Estado Bolivariano de Miranda de fecha 28 de junio de 2011, dirigida al Departamento de Auditoría Interna del mencionado Instituto, mediante la cual remiten copia fotostática del punto de cuenta Núm. 01-11 de fecha 23 de junio de 2011, donde acuerdan “aprobar el presente punto. Asimismo, se acuerda notificar a la Oficina de Recursos Humanos, Oficina de Administración y a la Unidad de Auditoría Interna de la presente decisión”. (Ver, folio 43 de la pieza Núm. 1 del expediente administrativo). (Negritas y subrayado de la Sala).

3.- Punto de cuenta Núm. 01-11 de fecha 23 de junio de 2011, en la que se sometió a la “consideración y aprobación de la Junta Directiva, cancelar a la compañía Multinacional de Seguros el monto de Cinco Millones Ciento Cuarenta y Seis Mil Ciento Cincuenta y Ocho bolívares exactos (Bs. 5.146.158,00) por concepto de ajuste por alta siniestralidad ocurrida durante el período de 01-01-2010 al 31-12-2010”. (Sic). (Ver folio 44 de la pieza Núm. 1 del expediente administrativo).

4.- Copia de cheque Núm. 0121 0190 20 0108991962 de fecha 29 de junio de 2011, de la entidad Bancaria Corp Banca, C.A., perteneciente al Instituto Autónomo Policía Municipal de Chacao a favor de la sociedad mercantil Multinacional de Seguros, C.A., por la de cantidad, para entonces, de cinco millones ciento cuarenta y seis mil ciento cincuenta y ocho bolívares sin céntimos (Bs. 5.146.158,00). (Ver, folio 52 de la pieza Núm. 1 del expediente administrativo).

Así tenemos, que para la fecha en que el Instituto Autónomo Policía Muni-

cipal de Chacao del Estado Bolivariano de Miranda emitió el cheque Núm. 00005750, código de cuenta cliente Núm. 0121 0190 20 0108991962 de fecha 29 de junio de 2011, de la entidad Bancaria Corp Banca, C.A., a favor de la sociedad mercantil Multinacional de Seguros, C.A., por la cantidad, para entonces, de cinco millones ciento cuarenta y seis mil ciento cincuenta y ocho bolívares sin céntimos (Bs. 5.146.158,00) ya había entrado en vigencia la Ley de la Actividad Aseguradora, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Núm. 5.990 Extraordinario, del 29 de julio de 2010, la cual prohíbe a las empresas de seguros y de reaseguros efectuar ajustes de prima por alta siniestralidad, por lo que mal puede, la parte quejosa afirmar que no había norma o ley vigente que prohibiera tal actuación.

De acuerdo con los razonamientos expuestos, esta Sala desecha los alegatos del demandante. Así se establece.

v).- Violación del principio de irretroactividad de la ley.

Esta concepción permite conectar el aludido principio con otros de similar jerarquía, como el de la seguridad jurídica, entendida como la confianza y predictibilidad que los administrados pueden tener en la observancia y respeto de las situaciones derivadas de la aplicación del Ordenamiento Jurídico vigente; de modo tal que la previsión del principio de irretroactividad de la ley se traduce, al final, en la interdicción de la arbitrariedad en que pudieran incurrir los entes u órganos encargados de la aplicación de aquella. (Vid., sentencias Núms. 0505 del 9 de mayo de 2017 y 00730 del 21 de noviembre de 2019).

Al respecto se observa que en el presente caso los hechos investigados se relacionan con el pago ordenado por el demandante, por concepto alta siniestralidad con ocasión del contrato de seguros suscrito entre la sociedad mercantil Multinacional de Seguros, C.A. y el Instituto Autónomo Policía del Municipio Chacao el 1º de enero de 2010.

Se advierte que la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios publicada en la Gaceta Oficial Núm. 39.165 del 24 de abril de 2009, aplicable en razón del tiempo, estipulaba la nulidad de las cláusulas establecidas en los contratos por adhesión que permitan al proveedor la variación unilateral del precio u otras condiciones del contrato.

Dichas normas se reprodujeron en iguales términos en la reforma de dicha ley publicada en la Gaceta Oficial Núm. 39.358 del 1° de febrero de 2010. Asimismo, la Ley de la Actividad Aseguradora publicada en la Gaceta Oficial Núm. 5.990 del 29 de julio de 2010, establecía lo siguiente:

“Artículo 40 Otras prohibiciones.

Queda prohibido a las empresas de seguros y las de reaseguros lo siguiente: (...)

21. Efectuar ajustes de prima por alta siniestralidad durante el período para el cual ha sido calculada la prima del seguro o de medicina prepagada. (...)”.

Igualmente, en la Disposición Final Segunda de aquel texto legal, se estableció: “A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, quedan sin efecto las cláusulas del contrato de seguro que establecen un desequilibrio entre los derechos, obligaciones de las partes o impongan cargas desproporcionadas en perjuicio del contratante, tomador, asegurado o beneficiario. Igualmente, quedan sin efecto aquellas cláusulas que limitan la relación directa entre la empresa de seguros y su reasegurador o entre el tomador, el asegurado o el beneficiario y el reasegurador”.

Las cláusulas que establecen grandes desequilibrios entre las partes han sido denominadas por la doctrina del órgano rector en la materia como cláusulas abusivas.

Con fundamento en las citadas normas, el órgano contralor concluyó que el pago por concepto ajuste de alta siniestralidad, ordenado por el actor a favor de la mencionada aseguradora “no era legalmente procedente”.

Como puede observarse, en el presente caso, no hubo una aplicación retroactiva de la ley, dado que desde el inicio de la contratación y para el momento del pago las mencionadas normas establecían la nulidad de las cláusulas abusivas, dentro de las cuales figuran las llamadas cláusulas por alta siniestralidad, tal como lo indicara el órgano rector de la materia, esto es, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora en los informes que constan en autos.

En atención a las razones expuestas se desecha el referido alegato. Así se decide.

Por las consideraciones anteriores, y al ser desvirtuadas la totalidad de las denuncias formuladas por la representación judicial del demandante, esta Sala debe declarar sin lugar la presente demanda de nulidad. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00348.

FECHA: 05 de abril de 2016.

PARTES: Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A contra la Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUN-DDE).

.....

TEMA: AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA

Máxima: la empresa de seguros no informó adecuadamente ni de modo oportuno al asegurado sobre la res- puesta atinente a la declaratoria de pérdida total del bien, así como tampoco consideró y tomó en cuenta que con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, y antes de emitirse el avalúo de los daños sufridos por

parte de la empresa aseguradora, fue suscrita, pagada y aceptada una ampliación de la cobertura, la cual obligaba a la aseguradora a pagar el referido monto.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse respecto al recurso contencioso administrativo de nulidad incoado por la representación judicial de la sociedad mercantil Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., antes identificada, contra el acto denegatorio tácito derivado del silencio administrativo del Ministro del Poder Popular para el Comercio, hoy Ministro del Poder Popular para Industrias y Comercio, por no haber dado respuesta al recurso jerárquico incoado por la empresa recurrente el 16 de enero de 2013 contra la Providencia Administrativa Nro. 115-2012 de fecha 11 de diciembre de 2012, emitida por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE), que aplicó a la referida sociedad mercantil una sanción de multa por la cantidad de Ciento Noventa y Cinco Mil Bolívars (Bs. 195.000,00), y le ordenó pagar al denunciante en sede administrativa “el monto de Ciento Ochenta y Dos Mil Bolívars (Bs. 182.000,00)”.

A tal fin, pasa este Máximo Tribunal a resolver los argumentos expuestos por los apoderados judiciales de la compañía recurrente y, a tal efecto, observa lo siguiente:

De la denuncia de vicio de falso supuesto.

Indicaron que la Providencia Administrativa impugnada se encuentra inmersa en el vicio de falso supuesto tanto en los hechos como en el derecho, toda vez que “existe un error en el monto de la indemnización a pagar, ya que del expediente administrativo se evidencia claramente que para el momento en que ocurrió el siniestro, es decir, para el 13 de enero de 2010, la suma asegurada era la que se contiene en el recibo Nro.

2497055 con vigencia desde el 30 de diciembre de 2009 hasta el 30 de diciembre del 2010; no aquella que fue ampliada equivocadamente”.

Denuncian que, el falso supuesto se configura cuando se declara la infracción de los numerales 3, 4, 17 del artículo 8 y del artículo 19 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios de 2010, sin que se observe de los autos prueba alguna que demuestre tales vulneraciones.

Respecto al mencionado vicio es conveniente reiterar que el falso supuesto se configura cuando la Administración al dictar un determinado acto administrativo fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o que ocurrieron de manera distinta a la apreciación efectuada por el órgano administrativo, verificándose de esta forma el denominado falso supuesto de hecho; igualmente, cuando los hechos que sirven de fundamento a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al emitir su pronunciamiento los subsume en una norma errónea o inexistente en el derecho positivo, se materializa el falso supuesto de derecho. Por tal virtud, dicho vicio -en sus dos (2) manifestaciones- afecta la causa de la decisión administrativa, acarrea en consecuencia su nulidad [Vid. sentencias de esta Sala Político-Administrativa Nros. 230 y 154 del 18 de febrero de 2009 y 11 de febrero de 2010, casos: Empresa Cirmar, C.A. Vs. Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT) e Inspectoría General de Tribunales Vs. Comisión de Funcionamiento y Reestructuración del Sistema Judicial, respectivamente].

Con respecto al falso supuesto de hecho alegado por los apoderados judiciales de la empresa aseguradora recurrente, esta Sala considera oportuno señalar lo siguiente:

* El 30 de diciembre de 2009 el ciudadano Juan Carlos Chirinos Molina (denunciante en sede administrativa), contrató con Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., una “Póliza de Casco de Vehículo Terrestre” con vigencia desde el 30 de diciembre de 2009 al 30 de

diciembre de 2010, la cual tendría una cobertura total de Ciento Cuarenta Mil Bolívars (Bs. 140.000,00), en caso de ocurrir una pérdida total sobre el bien asegurado (robo, hurto o daños cuyo valor sea igual o superior al setenta y cinco por ciento (75%) de la suma asegurada) (folio 487 del expediente judicial).

* El 14 de enero de 2010 el referido ciudadano notificó a la empresa de seguros respecto al siniestro del cual había sido objeto -robo de vehículo- en la Urbanización Prados en la Encrucijada, Sector Tulipán, Casa Nro. 16, Cagua, Estado Aragua (folio 2 del expediente administrativo).

* Consta al folio 34 del expediente administrativo “Planilla de Declaración del Siniestro” presentada por el beneficiario de la póliza el día 14 de enero de 2010.

* El 19 de febrero de 2010 el vehículo asegurado fue recuperado por los cuerpos de seguridad del Estado, según consta de comunicación Nro. 05F22-385-2010 emitida por el Ministerio Público (folio 68 del expediente administrativo).

* Con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, y antes de emitirse el avalúo de los daños sufridos por parte de la empresa aseguradora, en fecha 15 de marzo de 2010, fue suscrita y pagada una ampliación de la cobertura por la cantidad de Ciento Ochenta y Dos Mil Bolívars (Bs.182.000,00) cuya vigencia se extendía desde el referido 15 de marzo hasta el día 30 de diciembre del mismo año (folio 5 del expediente administrativo).

* El 6 de julio de 2011 fue realizado por la empresa aseguradora un Informe de Avalúo sobre los daños sufridos por el aludido bien (folio 67 del expediente administrativo).

* En fecha 28 de septiembre de 2010, fue entregada a la empresa

aseguradora Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., la liberación de la reserva de dominio del vehículo asegurado (folios 170 al 175 del expediente judicial).

* El día 29 de septiembre de 2010, fue librado cheque Nro. 22239625, por la cantidad de Ciento Veinticinco Mil Setecientos Setenta y Dos Bolívares con Un céntimo (Bs.125.772,01), que representa el monto inicialmente asegurado según recibo de cobertura Nro. N-2507630, menos el saldo deudor que existía con ocasión al préstamo otorgado para la adquisición del vehículo, a favor de la empresa G.M.A.C de Venezuela, C.A., (folio 12 del expediente administrativo).

De lo antes expuesto, aprecia la Sala que la empresa de seguros recurrente no informó adecuadamente ni de modo oportuno al denunciante sobre la respuesta atinente a la declaratoria de pérdida total del bien, así como tampoco consideró y tomó en cuenta que con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, y antes de emitirse el avalúo de los daños sufridos por parte de la empresa aseguradora, fue suscrita, pagada y aceptada una ampliación de la cobertura por la cantidad de Ciento Ochenta y Dos Mil Bolívares (Bs.182.000, 00), cuya vigencia era válida desde el 15 de marzo de 2010 hasta el 30 de diciembre del mismo año, la cual obligaba a la aseguradora a pagar el referido monto.

Con base a lo anterior, el Instituto recurrido conforme a lo previsto en los artículos 117 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela; 41 de la Ley de Contrato de Seguro; y los numerales 3, 4 y 17 del artículo 8 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios de 2010, concluyó que la sociedad mercantil Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., incumplió con las condiciones y garantías que como prestador del servicio debía cumplir, pues al aceptar en fecha 15 de marzo de 2010 el pago realizado por el ciudadano Juan Carlos Chirinos Molina, por concepto de ampliación de la póliza de seguros, la aseguradora quedó obligada a continuar prestándole el servicio al denunciante y

a garantizarle cualquier indemnización por la suma asegurada, la cual -se insiste- fue tácitamente reconocida por la empresa de seguros al emitir el correspondiente recibo de pago, situación que generó una expectativa en el usuario consistente en que la sociedad mercantil Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., pagaría el monto de Ciento Ochenta y Dos Mil Bolívaes (Bs. 182.000,00).

En virtud de lo antes expuesto, esta Sala desestima el argumento relativo al falso supuesto de hecho y derecho alegado por la representación judicial de la empresa aseguradora recurrente. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00561.

FECHA: 13 de junio de 2016.

PARTES: Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., contra la Superintendencia para la promoción y protección de la Libre Competencia (PRO-COMPETENCIA), hoy Superintendencia Antimonopolio.

.....

**TEMA: MERCADO RELEVANTE EN LAS PRÁCTICAS
ANTICOMPETITIVAS DE LAS EMPRESAS DE SEGUROS**

Máxima: el mercado relevante está referido al grupo de productos más reducido y al área geográfica más pequeña en la cual los oferentes, si actúan como una sola firma (un monopolista hipotético) pueden influir de manera rentable, en el precio, la calidad, la variedad, el servicio, la publicidad, la innovación u otras condiciones de competencia.

Máxima: existe efectivamente un mercado relevante determinado y determinable, cuando las empresas de

seguros y los centros de salud privados incidan directamente entre ellos, afectando, en última instancia, al consumidor final, el cual es en este caso, aquella persona natural que necesita el resguardo efectivo de su derecho constitucional a la salud.

Máxima: la normativa aplicada procura el resguardo del derecho a la vida, al limitar las actuaciones anticompetitivas que pudieran restringir el acceso de la población a un centro de salud privada, al momento de una emergencia, o con el objeto de realizarse una intervención quirúrgica, e incluso, un chequeo rutinario. (Vid. Sentencia de esta Sala Nro. 965, de fecha 18 de junio de 2014).

EXTRACTO:

En fecha 29 de junio de 2001, la entonces Superintendencia para la Promoción y Protección de la Libre Competencia (PROCOMPETENCIA) dictó la Resolución Nro. SPPLC/028-2001 en el procedimiento administrativo sancionatorio abierto contra varias empresas de seguros, entre las cuales se encuentra la sociedad mercantil Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., en virtud de la denuncia formulada por el Hospital de Clínicas Caracas, C.A., por la realización de las prácticas prohibidas tipificadas en los artículos 6, y 10 ordinal 1°, de la Ley para Promover y Proteger el Ejercicio de la Libre Competencia, aplicable *rationae temporis*, cuyos textos son del siguiente tenor:

“Artículo 6.- Se prohíben las actuaciones o conductas de quienes, no siendo titulares de un derecho protegido por la Ley, pretendan impedir u obstaculizar la entrada o la permanencia de empresas, productos o servicios en todo o parte del mercado”.

“Artículo 10.- Se prohíben los acuerdos, decisiones o recomendaciones colectivas o prácticas concertadas para:

1° Fijar, de forma directa o indirecta, precios y otras condiciones de comercialización o de servicio; (...)”.

En dicho acto, la Superintendencia consideró que una serie de empresas de seguros, entre las cuales se encuentra la sociedad mercantil Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., incurrieron en las prácticas anticompetitivas mencionadas, fundamentado en los acuerdos realizados entre dichos agentes económicos para establecer precios que atentaban contra la actividad económica ejercida por el Hospital de Clínicas Caracas, C.A., así como también por la decisión de suspender la emisión de cartas avals y claves de emergencia por parte de Seguros Caracas y Seguros Panamerican de Liberty Mutual, C.A.

Corresponde a esta Sala pronunciarse sobre la apelación interpuesta por los representantes judiciales de la sociedad mercantil Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., identificada previamente, contra la decisión Nro. 2010-01584, dictada por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo en fecha 2 de noviembre de 2010, en la que se declaró sin lugar los recursos contenciosos administrativos de nulidad interpuestos en contra de la Resolución Nro. SPPLC/028-2001, de fecha 29 de junio de 2001, dictada por la Superintendencia para la Promoción y Protección de la Libre Competencia (PROCOMPETENCIA), hoy Superintendencia Antimonopolio, mediante la cual le impuso una multa por la cantidad de cuatrocientos catorce millones setecientos ochenta y dos mil seiscientos veinte bolívares exactos (Bs. 414.782.620,00), actualmente, cuatrocientos catorce mil setecientos ochenta y dos bolívares con sesenta y dos céntimos (Bs. 414.782,62), por haber incurrido en las prácticas prohibidas contempladas en los artículos 6 y 10 ordinal 1 de la Ley para Promover y Proteger el Ejercicio de la Libre Competencia.

Ante todo, considera necesario esta Sala dejar establecido que el acto administrativo objeto del recurso de nulidad de autos emanó de la entonces denominada Superintendencia para la Promoción y Protección de la Libre Competencia (PROCOMPETENCIA); y que tanto dicha providencia como

el fallo objeto de la presente apelación sustentaron sus respectivas motivaciones en la Ley para Promover y Proteger el Ejercicio de la Libre Competencia, publicada en Gaceta Oficial Nro. 34.880, de fecha 13 de enero de 1992, aplicable *ratione temporis*.

Con respecto a los alegatos esgrimidos por la parte actora en su escrito de fundamentación de la apelación, se verifica que los mismos se refieren al vicio de suposición falsa por: 1) errónea interpretación en los alegatos de la parte actora; 2) en la determinación del mercado relevante; 3) en la aplicación del artículo 10 numeral 1 de la Ley para Promover y Proteger el Ejercicio de la Libre Competencia; y 4) en la aplicación del artículo 6 ejusdem.

En ese sentido, procede esta Sala a resolver cada uno de los alegatos esgrimidos por la parte apelante en su escrito de fundamentación, bajo las siguientes consideraciones:

1..Acerca de la errónea interpretación en los alegatos de la parte actora.

Se evidencia que el procedimiento administrativo sancionatorio se inició por el presunto incumplimiento de las normas mencionadas *ut supra*, entre las cuales jamás se mencionó el artículo 11 de la Ley para Promover y Proteger el Ejercicio de la Libre Competencia, razón por la cual el análisis realizado por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo resulta aún más ajustado a derecho, ya que en ningún momento la Superintendencia para la Promoción y Protección de la Libre Competencia (PROCOMPETENCIA), hoy, Superintendencia Antimonopolio, consideró la consecución de la práctica anticompetitiva referida a las concentraciones económicas.

Por tanto, visto que la noción del mercado relevante mencionada en los Lineamientos para la Evaluación de las Operaciones de Concentración Económica, constituye un elemento técnico establecido en incontables decisiones del mismo órgano administrativo que no está confinado al análisis

de situaciones relativas a concentraciones económicas, es por lo que esta Sala debe confirmar lo expuesto por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, al declarar improcedente el vicio alegado, por carecer de fundamento jurídico. Así se decide.

2. Acerca de la determinación del mercado relevante.

En ese sentido, esta Sala reitera que el mercado relevante está referido al grupo de productos más reducido y al área geográfica más pequeña en la cual los oferentes, si actúan como una sola firma (un monopolista hipotético) pueden influir de manera rentable, en el precio, la calidad, la variedad, el servicio, la publicidad, la innovación u otras condiciones de competencia.

Así las cosas, es importante para este Alto Tribunal realizar unas consideraciones respecto al derecho a la salud, el cual ha sido establecido como fundamental para la determinación del mercado relevante en el caso concreto, contenido en el artículo 83 de nuestra Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el cual es del siguiente tenor:

“Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República”.

Respecto al artículo citado supra, esta Sala ha señalado que, junto con los artículos 19, 84, 85 y 117 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, se determina el deber del Estado de garantizar a toda persona -sin discriminación alguna- el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e

interdependiente de los derechos humanos, siendo el derecho a la salud, uno de carácter fundamental y en consecuencia, tales disposiciones constitucionales constituyen un motivo suficiente para justificar el control y fiscalización de la actividad desplegada por la recurrente. (Vid. Sentencia de esta Sala Nro. 104 de fecha 29 de enero de 2014).

En ese orden de ideas, la Sala Constitucional de este Tribunal Supremo se ha pronunciado igualmente sobre este derecho, indicando en su sentencia Nro. 435 de fecha 23 de abril de 2012, lo siguiente:

“(…) Los derechos fundamentales relativos a la salud comprenden por su naturaleza una serie de esferas que vinculan negativa y positivamente tanto a los particulares como a los órganos del Poder Público. Se entiende que existe una vinculación negativa, entendida al nivel de una regla de estricto cumplimiento, que nadie debe realizar actividad alguna que atente contra la salud de la ciudadanía; mientras que a nivel positivo, el ámbito de vinculación se circunscribe al cumplimiento de todos los mandatos que permitan el mantenimiento de los parámetros óptimos de salud, entendidos en todos sus sentidos, a través de acciones eficientes y efectivas que aseguren la calidad de vida de toda la ciudadanía. Esta fuerza de vinculación positiva del derecho a la salud se traduce en una obligación de carácter prestacional que tiene el Estado y los particulares facultados por él o llamado por la Constitución y las leyes (vid. s.S.C. 3252 del 28 de octubre de 2005; caso: Interpretación del artículo 84 de la Constitución), para la realización de todas las políticas preestablecidas que garanticen un parámetro satisfactorio de las necesidades de salud, involucrando todos los ámbitos referentes al sistema salud, lo cual, no solo se circunscribe al marco de la medicina curativa, sino también la preventiva (...).” (Resaltado de esta Sala).

Ahora bien, con relación a la sentencia parcialmente transcrita supra, debe este Alto Tribunal indicar que la normativa aplicada procura el resguardo

del derecho a la vida, al limitar las actuaciones anticompetitivas que pudieran restringir el acceso de la población a un centro de salud privada, al momento de una emergencia, o con el objeto de realizarse una intervención quirúrgica, e incluso, un chequeo rutinario. (Vid. Sentencia de esta Sala Nro. 965, de fecha 18 de junio de 2014).

De lo anterior, y aunado a las consideraciones expuestas por la Superintendencia para la Promoción y Protección de la Libre Competencia (PRO-COMPETENCIA), hoy Superintendencia Antimonopolio, en la Resolución que hoy se recurre, la cual fue ratificada por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, se puede determinar la atracción inevitable de todas las acciones o actividades que ejerzan los agentes económicos en donde existan situaciones en donde se vea, directa o indirectamente, afectado el derecho a la salud, siendo obligación de todos los tribunales de la República, incluida esta Sala, su protección como derecho constitucional inviolable, estando obligados a velar por el efectivo cumplimiento del mismo, así como de todos los derechos establecidos en nuestra Carta Magna.

En virtud de lo anteriormente explicado, la Superintendencia, al momento de establecer como mercado relevante “El mercado de financiamiento privado de servicios de salud por centros de salud Tipo A, a empresas de seguros y medicina prepagada, y de éstas a los asegurados o a los que requieran de financiamiento privado de dichos servicios en el territorio nacional”, incluyó correctamente a las empresas de seguros, puesto que las actuaciones que puedan realizar éstas dentro de su actividad económica específica, relacionadas con los servicios de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), se ven inmersas en actividades relacionadas con la salud privada, abarcando el ámbito de competencias en el que se desenvuelve la sociedad mercantil Hospital Clínicas Caracas, C.A.

Visto esto, esta Sala determina que sí existe efectivamente un mercado relevante determinado y determinable, en el cual las empresas de seguros y los centros de salud privados, incidan directamente entre ellos, afectando, en última instancia, al consumidor final, el cual es en este caso, aquella

persona natural que necesita el resguardo efectivo de su derecho constitucional a la salud, contemplado en el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

En ese mismo sentido, la parte actora fundamentó su alegato sobre la determinación, a su decir, errada del mercado relevante, mostrando su inconformidad únicamente en que las empresas de seguros no tenían la misma actividad económica que los centros privados de salud y los servicios de medicina prepagada; lo cual fue revisado por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, y debe esta Alzada ratificar el análisis realizado por ésta, en virtud de haber quedado clara la relevancia de la protección al derecho a la salud, el cual se ve afectado por estas conductas de los agentes económicos que ofrecen el servicio de seguros de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM). Así se establece.

Igualmente, la parte apelante alegó que “(...) [las] compañías de seguros no son ni pueden ser legalmente instituciones financieras. Son empresas de seguros organizadas y reguladas por su propia Ley, que para el momento es la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y hoy en día la Ley de la Actividad Aseguradora (...)”. (Agregado de esta Sala).

Dicho análisis fue realizado en virtud de lo establecido por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo en la decisión apelada, bajo el siguiente tenor:

“(...) [La] actividad que realizan las empresas aseguradoras incide en el sistema financiero y económico del país, no sólo por el volumen de recursos que manejan, sino porque puede considerarse que, en cierta medida, su atención se asimila a la de las entidades de crédito (aunque sea adoptando una perspectiva inversa), ya que la relación que las une con el público se concreta igualmente en la percepción de fondos (destinados, en su caso, a cubrir los resultados dañinos de riesgos o eventualidades que se han querido asegurar) (...)”. (Agregado de esta Sala).

Ahora bien, respecto al presente alegato, debe esta Sala indicar que, de lo expuesto por la Corte en su decisión, se observa que las empresas de seguros no fungen como entidades financieras, siendo ese análisis realizado a mero título ilustrativo, puesto que en ningún caso se planteó la posibilidad que fuesen efectivamente, iguales entre sí. El análisis realizado por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo se limitó a enunciar la percepción de fondos por parte de las empresas de seguros para cubrir un siniestro eventual que ocurra al asegurado.

Sumado a lo anterior, lo expuesto por el a quo se fundamenta en la percepción de fondos, siendo ésta la razón por la cual ingresan dentro del mercado relevante definido por la Superintendencia, puesto que son ellos quienes, a cambio de una contraprestación, responden frente a un siniestro, pagando los gastos médicos en los que incurra el asegurado en el centro de salud privado de su conveniencia.

En ese orden de ideas, la Superintendencia para la Promoción y Protección del Ejercicio de la Libre Competencia (PROCOMPETENCIA), hoy, Superintendencia Antimonopolio, en la Resolución recurrida, estableció que las compañías de seguros financian a los asegurados “(...) [generándose] una demanda de financiamiento de servicios médicos por parte de los asegurados. La demanda en este caso vendría dada por el requerimiento de servicios clínicos por parte de los agentes económicos que han contratado una póliza HCM y cuando así lo requiera ir a una clínica, solicitar los servicios clínicos a través de las tres modalidades explicadas supra, vía reembolso, cartas avales o claves de emergencia (...)”.

En virtud de lo anteriormente explicado, este Tribunal ratifica el análisis realizado por la Superintendencia, así como el expuesto por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo en sus consideraciones, respecto a que las empresas de seguros perciben unos fondos de parte de los asegurados para que, en caso de ser necesaria la intervención de los centros de salud privados, el titular de la póliza tenga pleno acceso a estas

empresas de salud, en protección del derecho a la salud establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Igualmente, cabe señalar que las empresas de seguros, reguladas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, son las encargadas de realizar operaciones relativas al contrato de seguro y al reaseguro, contemplados en la Ley del contrato de seguro, publicada en Gaceta Oficial Nro. 5.553 Extraordinario, de fecha 12 de noviembre de 2001; así como la inspección de riesgo, el peritaje evaluador y el ajuste de pérdidas, entre otros, de conformidad con el artículo 2 de la Ley de la Actividad Aseguradora, publicada en la Gaceta Oficial Nro. 39.481, de fecha 5 de agosto de 2010.

No obstante, con relación a las entidades financieras, el artículo 1 de la Ley General de Bancos y Otras Instituciones Financieras, publicada en la Gaceta Oficial Nro. 4649 Extraordinario, de fecha 19 de noviembre de 1993, la cual era la ley aplicable al momento en que se dictó la Resolución in comento, establecía que la actividad de intermediación financiera consistente en la captación de recursos con la finalidad de otorgar créditos o financiamientos, sólo serían realizadas por los bancos y demás instituciones financieras reguladas por esta Ley. Actualmente, el artículo 5 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de Instituciones del Sector Bancario, publicado en Gaceta Oficial Nro. 40.557, de fecha 8 de diciembre de 2014, recoge el mismo análisis en términos similares.

En ese sentido, debe esta Sala indicar que las empresas Seguros Caracas y Seguros Panamerican de Liberty Mutual, son empresas que se dedican “(...) a realizar operaciones de seguros y reaseguros (...)” (Vid. Folios 141 y 143 de la primera pieza del expediente judicial).

De ambos análisis realizados, este Tribunal puede determinar la diferencia notable que existe entre ambas instituciones, y visto el extracto citado supra de la sentencia del a quo, mal podría alegarse que éste equiparó las empresas de seguros con las entidades financieras, puesto que ambas figuras tienen elementos distintos entre sí, tales como leyes especiales,

órganos reguladores, ámbito y sujetos de aplicación perfectamente diferenciables. Asimismo, la percepción de fondos de las empresas de seguros se realiza en virtud del contrato de seguro en sí, como un “financiamiento a los asegurados”.

Por las consideraciones precedentemente expuestas, y visto que cada uno de los alegatos respecto del presente vicio se limitaban a la determinación o no de un mercado relevante que incluyera a ambos agentes económicos, es por lo que este Tribunal debe declarar improcedente los alegatos referidos al vicio de falso supuesto de hecho indicado por la parte apelante. Así se establece.

.....
TEMA: PRÁCTICAS EXCLUSORIAS (LIBRE COMPETENCIA)

Máxima: se prohíbe la realización de prácticas exclusorias, particularmente la supresión de agentes del mercado, supuesto de hecho que está constituido por la realización de conductas o actuaciones efectuadas por uno o varios agentes económicos, dirigidas a impedir total o parcialmente la permanencia o el acceso de agentes a todo o parte de un determinado mercado, con la finalidad de reducir o debilitar la competencia de otro participante en ese ámbito comercial.

Máxima: los tres (3) requisitos concurrentes para la efectiva aplicación de las sanciones frente a actividades exclusorias por parte de agentes económicos competidores entre sí dentro de un mercado relevante específico, son las siguientes: i) capacidad de las empresas de afectar actual o potencialmente el mercado; ii) La realización de una práctica que dificulte la permanencia y el desarrollo de la actividad económica de un agente económico, o impida la entrada de nuevos competido-

res, en todo o parte del mercado; y iii) que la exclusión de empresas del desarrollo de la actividad económica obedezca a la aplicación de políticas comerciales que no sean justificables por razones de eficiencia económica. Máxima: negociar y acordar precios con las clínicas no justifica la conducta realizada por las empresas de seguros, suspendiendo las cartas avals y claves de emergencia al Hospital de Clínicas Caracas, C.A.

EXTRACTO:

3. Acerca de la aplicación del artículo 10 numeral 1 de la Ley para Promover y Proteger el Ejercicio de la Libre Competencia.

Este análisis fue realizado en virtud de lo expuesto por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, considerando que “(...) para que se evidencie la conducta descrita en el artículo 10 de la Ley para la Promoción y Protección de la Libre Competencia se debe evidenciar (i) agentes económicos competidores, y, (ii) Concierto de voluntades en ejecutar una actuación determinada [señalando respecto del primer requisito] que las empresas de seguro, así como las clínicas privadas pertenecen a un mercado relacionado [y sobre el segundo] basta evidenciar un concierto de voluntades, es decir, no es necesario evidenciar un fin específico; por el contrario, dado el principio de responsabilidad objetiva consagrada en la Ley ejusdem, basta con evidenciar una conducta para que procede la sanción (...)”. (Agregados de esta Sala).

Ahora bien, con relación al vicio de falso supuesto de hecho alegado, esta Sala ya se pronunció en acápites anteriores, determinando que efectivamente, tanto las empresas de seguros, como las empresas de medicina prepagada y los centros de salud privada convergen en un mismo mercado relevante, en virtud de la importancia que ostenta el derecho constitucional a la salud, atrayendo cualquier actuación de parte de los administrados que puedan generar un perjuicio en el consumidor final.

Indicado lo precedente, esta Alzada advierte que el artículo 10 ordinal 1° de la Ley para Promover y Proteger el Ejercicio de la Libre Competencia, aplicable en razón del tiempo, señala lo siguiente:

“Artículo 10. Se prohíben los acuerdos, decisiones o recomendaciones colectivas o prácticas concertadas para:

1° Fijar, de forma directa o indirecta, precios y otras condiciones de comercialización o de servicio (...).”

La norma citada prohíbe la práctica de la cartelización, y se determina que, para que se configure esta práctica anticompetitiva, deben reunirse una serie de características o elementos, analizados a la luz del objeto de la ley especial, establecido en el artículo 1 de la misma, el cual es regular el comportamiento de las empresas en el mercado, que comprende todas sus actuaciones como oferentes o demandantes de bienes y servicios, y la cual no se reduce únicamente a la fijación de precios.

Igualmente, se observa del artículo parcialmente transcrito supra, que la prohibición afecta únicamente la existencia del acuerdo, decisión o práctica concertada, independientemente de que se hayan materializado o no sus efectos anticompetitivos.

En contexto con lo anterior, la Superintendencia ha establecido que las prácticas contenidas en el presente artículo, por ser prácticas objetivamente prohibidas, la simple actuación de los agentes económicos será suficiente para ser contraria al ejercicio de la libre competencia, y por ende, sancionables por el órgano administrativo rector en materia de competencia.

Verifica esta Alzada como se ha establecido, que en el caso de las prohibiciones previstas en el artículo 10 de la Ley para Promover y Proteger el Ejercicio de la Libre Competencia no es necesario determinar si la conducta en la que incurran los agentes económicos, contraria a la libre

competencia, causa una afectación en el mercado específico o no, puesto que la sola existencia de actos que perturben el orden público económico, ya es considerada como suficiente para la aplicación de la sanción correspondiente.

Por las consideraciones precedentemente expuestas, y visto que la Resolución recurrida realizó su análisis fundamentado en la regla per se, ratificado por la Corte en la sentencia apelada, es por lo que este Tribunal debe declarar improcedente el alegato de la parte actora. Así se establece.

4. Acerca de la aplicación del artículo 6 de la Ley para Promover y Proteger el Ejercicio de la Libre Competencia.

Determinados los alegatos de la parte actora, se reitera el análisis realizado en los puntos 2do. y 3ero. de las presentes consideraciones, acerca de la vinculación entre las empresas Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A. y Hospital de Clínicas Caracas, C.A., en virtud de la protección al derecho a la salud, contemplado en el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Expuesto lo anterior, esta Alzada debe mencionar el contenido del artículo 6 de la Ley para Promover y Proteger el Ejercicio de la Libre Competencia, aplicable en razón del tiempo, el cual establece lo siguiente:

“Artículo 6. Se prohíben las actuaciones o conductas de quienes, no siendo titulares de un derecho protegido por la Ley, pretendan impedir u obstaculizar la entrada o la permanencia de empresas, productos o servicios en todo o parte del mercado”.

La transcrita disposición prohíbe la realización de prácticas exclusorias, particularmente la supresión de agentes del mercado; supuesto de hecho que está constituido por la realización de conductas o actuaciones efectuadas por uno o varios agentes económicos, dirigidas a impedir total o parcialmente la permanencia o el acceso de agentes a todo o parte de un

determinado mercado, con la finalidad de reducir o debilitar la competencia de otro participante en ese ámbito comercial.

Con relación a la analizada prohibición, se ha señalado que la restricción generada por este tipo de práctica produce la reducción de la competencia efectiva en el mercado, así como un daño al consumidor, quien ve reducidas las opciones de mercado. De allí que, para que se configure dicha práctica, debe estar probada la eficiencia de la actuación para producir tal exclusión. (Vid. Sentencia de esta Sala Nro. 1363 del 24 de septiembre de 2009, ratificada mediante decisión Nro. 71 de fecha 11 de febrero de 2015).

Aunado a lo anterior, esta Sala observa que, durante la vigencia de la Ley para Promover y Proteger el Ejercicio de la Libre Competencia, tanto la doctrina como la misma Superintendencia para la Promoción y Protección de la Libre Competencia (PROCOMPETENCIA), hoy, Superintendencia Antimonopolio, han establecido unos requisitos concurrentes, a los efectos de determinar la responsabilidad frente a una presunta actividad de exclusión por parte de empresas incursas en procedimientos administrativos sancionatorios.

Indicado lo precedente, esta Sala advierte que los tres (3) requisitos concurrentes para la efectiva aplicación de las sanciones establecidas en la Ley especial en materia de competencia, frente a actividades exclusorias por parte de agentes económicos competidores entre si dentro de un mercado relevante específico, son las siguientes:

- 1.- Capacidad de las empresas de afectar actual o potencialmente el mercado;
- 2.- La realización de una práctica que dificulte la permanencia y el desarrollo de la actividad económica de un agente económico, o impida la entrada de nuevos competidores, en todo o parte del mercado; y
- 3.- Que la exclusión de empresas del desarrollo de la actividad eco-

nómica obedezca a la aplicación de políticas comerciales que no sean justificables por razones de eficiencia económica.

Respecto al primer requisito, observa esta Sala que la Superintendencia para la Promoción y Protección de la Libre Competencia (PROCOMPETENCIA), hoy, Superintendencia Antimonopolio, al determinar el poder de afectar el mercado por parte de las empresas Seguros Caracas y Seguros Panamerican, verificó que la presunta práctica restrictiva se realizó de manera conjunta, aunado al hecho de que ambas compañías forman parte de la misma empresa propietaria, la cual es Liberty Mutual, C.A. (Vid. Folio 187 de la primera pieza del expediente judicial).

En ese sentido, si bien al momento en que emitieron las decisiones de suspender la entrega de cartas avales y claves de emergencias al Hospital de Clínicas Caracas, C.A., aun no se había efectuado la venta de las acciones a la sociedad mercantil Liberty Mutual, C.A., el hecho de obtener una empresa de seguros como lo es Seguros Panamerican le otorga un mayor poder dentro del mercado a la empresa Liberty Mutual, C.A., lo cual la hace acreedora de la participación en el mercado tanto de la empresa Seguros Caracas, la cual es de un ocho por ciento (8%), como la de Seguros Panamerican, la cual es de un cinco por ciento (5%), todo ello de conformidad con la información suministrada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. (Vid. Folio 187 ejusdem).

Asimismo, observa este Tribunal que la empresa Seguros Panamerican de Liberty Mutual, C.A., en ningún momento, posterior a la adquisición del noventa y ocho por ciento (99,8%) por parte de la empresa compradora, revocó su posición sobre el cese de las relaciones con el referido centro de salud, por lo que se avaló la práctica previamente cometida. Así las cosas, se evidencia como la empresa mantuvo su decisión de suspender la entrega de cartas avales y claves de emergencias al Hospital de Clínicas Caracas, C.A.

Respecto del segundo requisito, la parte actora no establece alegato al-

guno sobre su verificación, puesto que se determinó efectivamente la existencia de las decisiones por parte de las empresas Seguros Caracas y Seguros Panamerican, ambas de Liberty Mutual, C.A., de suspender la entrega de cartas avals y claves de emergencias al Hospital de Clínicas Caracas, C.A.

En ese sentido, debe esta Sala establecer que las conductas exclusorias en las que incurrieron las empresas mencionadas supra, afectan a la sociedad mercantil Hospital de Clínicas Caracas, C.A., ya que la suspensión de las cartas avals y claves de emergencia, mermaron notablemente los ingresos del mencionado centro de salud privado, ocasionado por la disminución del ingreso de los usuarios a sus instalaciones.

Por último, sobre el tercer requisito, la Sala establece en la presente controversia, que la parte actora no logró probar, más allá del simple alegato, que el objetivo de las compañías de seguros sancionadas, era tratar de “(...) negociar y acordar precios con las clínicas (...)”, lo cual no justifica la conducta realizada por estas empresas de seguros, suspendiendo las cartas avals y claves de emergencia al Hospital de Clínicas Caracas, C.A., puesto que, tal y como lo señala la Administración en su análisis correspondiente, el cual riela a los folios 193 al 196 de la primera pieza del expediente judicial, las empresas de seguros no suspendieron las mencionadas actividades ante otros centros de salud privados cuyos costos resultaban superiores a los del Hospital Clínicas Caracas, C.A.

Por las consideraciones precedentemente expuestas, y visto que en la Resolución recurrida se establece el cumplimiento de los tres (3) requisitos concurrentes establecidos por la doctrina, así como por las Resoluciones emanadas del órgano rector en materia de competencia, ratificadas en sede judicial por ambas Cortes de lo Contencioso Administrativo y por esta Sala Político Administrativa, es por lo que este Tribunal debe declarar improcedente el alegato de la parte actora. Así se establece.

Vista la revisión de cada uno de los alegatos esgrimidos por la representa-

ción judicial de la sociedad mercantil Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., así como de las actas que conforman el presente expediente, esta Sala declara sin lugar la apelación interpuesta por la parte actora, y en consecuencia, confirma la sentencia Nro. 2010-01584, de fecha 2 de noviembre de 2010, dictada por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, y declara firme el contenido de la Resolución Nro. SPPLC/028-2001, de fecha 29 de junio de 2001, mediante la cual le impuso una multa por la cantidad de cuatrocientos catorce millones setecientos ochenta y dos mil seiscientos veinte bolívares exactos (Bs. 414.782.620,00), hoy, cuatrocientos catorce mil setecientos ochenta y dos bolívares con sesenta y dos céntimos (Bs. 414.782,62), por haber incurrido en las prácticas prohibidas contempladas en los artículos 6 y 10 ordinal 1° de la Ley para Promover y Proteger el Ejercicio de la Libre Competencia. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01243.

FECHA: 17 de noviembre de 2016.

PARTES: Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A. contra la Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUN-DDE).

.....

TEMA: PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO (LAPSO MÁXIMO DE DURACIÓN)

Máxima: de conformidad con lo establecido en los artículos 60 y 61 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, por regla general, los procedimientos administrativos no podrán exceder de cuatro (4) meses, salvo que medien circunstancias excepcionales, es decir, a menos que el asunto concreto amerite un tiempo mayor, caso en el cual, la Administración mediante auto

motivado, otorgará prórrogas que no podrán exceder de dos (2) meses.

Máxima: la dilatación injustificada del procedimiento administrativo sólo prosperaría en caso de que el retardo constituya un menoscabo a los derechos e intereses del particular.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse respecto a la demanda de nulidad incoada por la representación judicial de la sociedad mercantil Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., antes identificada, al no decidir el recurso jerárquico interpuesto por dicha empresa contra la Providencia Administrativa DEC-13-0033-2012 de fecha 11 de diciembre de 2012, dictada por la Presidenta del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), por la que se le impuso a la empresa demandante una multa por la cantidad de Cuatro Mil Quinientas Unidades Tributarias (4.500 U.T.) equivalentes a un monto de Doscientos Siete Mil Bolívares (Bs. 207.000,00), con fundamento en los artículos 128 y 135 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela número 39.358 del 1° de febrero de 2010 -aplicable en razón del tiempo- y se ordenó reintegrar al ciudadano Carlos Alberto Pereira De Sousa Jardín de manera inmediata la suma de Ciento Sesenta Mil Trescientos Noventa y Un Bolívares con Diecinueve Céntimos (Bs. 160.391,19), correspondiente a los gastos realizados en la intervención quirúrgica de “Revascularización Miocardio a través de Bypass Aortocoronario” realizada el 4 de mayo de 2009.

Afirman los representantes judiciales de la demandante que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), no cumplió con el lapso legalmente establecido para tomar la decisión, toda vez que dictó el acto administrativo impugnado dos (2) años después del vencimiento de dicho lapso.

Respecto a la señalada denuncia, debe advertirse que esta Sala ha establecido de manera reiterada, que los derechos a la defensa y al debido proceso, consagrados en el artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, implican el derecho a ser oído u oída; el derecho a ser notificado o notificada de la decisión administrativa a los fines de que el imputado o la imputada pueda presentar al procedimiento los alegatos que estime pertinentes en su defensa; el derecho a tener acceso al expediente, con el propósito de examinar en cualquier estado del procedimiento las actas que lo componen; así como el derecho a presentar pruebas que permitan desvirtuar los alegatos esgrimidos por la Administración; el derecho a ser informado o informada de los recursos y medios de defensa; y, finalmente, el derecho a recibir oportuna respuesta a sus solicitudes. (Vid. entre otras, Sentencias números 69, del 30 de enero de 2013, caso: Ferreglobal, C.A. Vs. Directora General del Servicio Nacional de Contrataciones).

Para resolver el argumento esgrimido por la representación judicial de la aseguradora es oportuno traer a colación el contenido de los artículos 60 y 61 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, los cuales son del tenor siguiente:

“Artículo 60. La tramitación y resolución de los expedientes no podrá exceder de cuatro (4) meses, salvo que medien causas excepcionales, de cuya existencia se dejará constancia, con indicación de la prórroga que se acuerde.

La prórroga o prórrogas no podrán exceder, en su conjunto, de dos (2) meses”.

“Artículo 61. El término indicado en el artículo anterior correrá a partir del día siguiente del recibo de la solicitud o instancia del interesado o a la notificación a éste, cuando el procedimiento se hubiera iniciado de oficio”.

De las normas transcritas se deriva que por regla general los procedi-

mientos administrativos no podrán exceder de cuatro (4) meses, salvo que medien circunstancias excepcionales, es decir, a menos que el asunto concreto amerite un tiempo mayor, caso en el cual, la Administración mediante auto motivado, otorgará prórrogas que no podrán exceder de dos (2) meses.

No obstante, lo anterior, esta Sala Político-Administrativa se ha pronunciado en relación al cumplimiento de los lapsos en el procedimiento administrativo a través de las sentencias números. 01505 y 000054 de fecha 18 de julio 2001 y ratificada el 21 de enero de 2009, caso: Depositaria Judicial Monay, C.A., Vs. Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores y Justicia, en la cual se expresó lo siguiente:

“(...) esta actuación que se imputa a la Administración no constituye por sí sola, en principio, un vicio que afecte directamente la validez del acto administrativo y por tanto no implica la nulidad del mismo.

El retardo de la Administración en producir decisiones acarrea, en todo caso, la responsabilidad del funcionario llamado a resolver el asunto en cuestión, pues el mismo, ciertamente, transgrede el contenido del artículo 41 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, conforme al cual las autoridades y funcionarios competentes deben observar los términos y plazos legalmente establecidos, para el despacho de los asuntos sometidos a su consideración. Esta responsabilidad, tanto de los funcionarios como de las demás personas que presten servicios en la Administración Pública, se encuentra expresamente consagrada en los artículos 3 y 100 eiusdem.

Una denuncia como la que aquí se examina, sólo prosperaría en caso de que el retardo constituya un menoscabo a los derechos e intereses del particular, cuestión que no ha sido esgrimida en el caso de autos, resultando por tanto infundado el presente alegato. Así se declara. (...)”. (Destacado del original).

Atendiendo a lo anterior, considera este Alto Tribunal que en el presente caso, el retardo en decidir el procedimiento administrativo no comportó la prescindencia total y absoluta del procedimiento, aunado al hecho de que tal retraso no vulneró el derecho a la defensa de la sociedad mercantil Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., cuya representación judicial, fue debidamente notificada de la Providencia Administrativa, dándosele la oportunidad de ejercer los recursos administrativos y judiciales correspondientes, razón por la cual debe desestimarse la denuncia formulada en ese sentido. Así se declara.

.....
TEMA: INFORME MÉDICO

Máxima: si bien un informe medico señalaba que el denunciante sufría de dislipidemia, hiperuricemia, enfermedad renal crónica, cirugía de la columna, quiste renal crónico, esteatosis hepática moderada, condiciones que no fueron declaradas por el asegurado en la oportunidad de firmar la solicitud de seguro, pero, según la Sala, fueron analizados otros informes médicos, siendo una potestad de la Administración otorgarle o darle mayor valor a uno u otro documento en caso de ser contradictorios.

EXTRACTO:

Señala la representación judicial de la aseguradora que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), fundamenta el acto administrativo impugnado en un “Informe Médico” de fecha 11 de mayo de 2009, según el cual fue un error indicar que el denunciante sufría de hipertensión arterial desde hacía tres (3) años.

Que, el referido Instituto, debió darle al resto de los “Informes Médicos” que reposan en el expediente administrativo el mismo valor probatorio

que atribuye al mencionado “Informe” de fecha 11 de mayo de 2009, pues otros profesionales de la medicina sostienen que el denunciante sí sufría de hipertensión arterial; por lo que -a su decir- ante esa duda la Administración debió aplicar la interpretación más favorable al administrado sometido al procedimiento sancionatorio.

Indican que no se desvirtúa en el expediente administrativo ni en la decisión recurrida, el hecho de que conforme a los Informes Médicos el denunciante sufría de dislipidemia, hiperuricemia, enfermedad renal crónica, la cirugía de la columna, quiste renal crónico, esteatosis hepática moderada, condiciones estas que tampoco fueron declaradas por el denunciante en la oportunidad de firmar la solicitud de seguro; por lo que su representada aun excluyendo la hipertensión arterial, tenía motivos de hecho y de derecho válidos para rechazar el siniestro y proceder a la anulación de la póliza.

Respecto al mencionado vicio es conveniente reiterar que el falso supuesto se configura cuando la Administración al dictar un determinado acto administrativo fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o que ocurrieron de manera distinta a la apreciación efectuada por el órgano administrativo, verificándose de esta forma el denominado falso supuesto de hecho; igualmente, cuando los hechos que sirven de fundamento a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al emitir su pronunciamiento los subsume en una norma errónea o inexistente en el derecho positivo, se materializa el falso supuesto de derecho. Por tal virtud, dicho vicio -en sus dos (2) manifestaciones- afecta la causa de la decisión administrativa, acarrea en consecuencia su nulidad [Vid. sentencias de esta Sala Político-Administrativa números 230 y 154 del 18 de febrero de 2009 y 11 de febrero de 2010, casos: Empresa Cirmar, C.A. Vs. Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT) e Inspectoría General de Tribunales Vs. Comisión de Funcionamiento y Reestructuración del Sistema Judicial, respectivamente].

Con respecto al falso supuesto de hecho alegado por los apoderados judiciales de la empresa aseguradora, esta Sala precisa que el delatado vicio, referido a la no correspondencia entre lo que se estableció como hecho y la prueba utilizada para ello, no se verifica en el caso bajo análisis pues, efectivamente, el Informe Médico de fecha 11 de mayo de 2009 dejó expresa constancia del error en que se incurrió al indicar que el denunciante sufría de hipertensión arterial desde hacía tres (3) años, de tal modo que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) en sede administrativa obró con fundamento en una prueba.

Por otro lado, del mismo acto administrativo se desprende que el referido Instituto consideró y evaluó el resto de informes médicos, así en la página 6 del precitado acto sancionatorio (folio 168) se observa que se hace mención a los informes médicos que aluden los demandantes, siendo una potestad de la Administración otorgarle o darle mayor valor a uno u otro en caso de ser contradictorios.

De manera que, en modo alguno puede sostenerse que dicha decisión administrativa tuvo como base fáctica unos hechos inexistentes, falsos o que ocurrieron de manera distinta a la apreciación efectuada por el órgano administrativo.

En virtud de lo antes expuesto, esta Sala desestima el argumento relativo al falso supuesto de hecho alegado por la representación judicial de la empresa aseguradora recurrente. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil .

SENTENCIA: RC.000818.

FECHA: 21 de noviembre de 2016.

PARTES: Wilton Benavides Cuartas contra Seguros Caracas De Liberty Mutual, C.A.

•••••
**TEMA: DOCUMENTO PÚBLICO EXTRANJERO. LA
APOSTILLA Y SU VALOR PROBATORIO EN EL CONTRATO
DE SEGURO**

Máxima: la Convención para la Abolición de Legalización de Documentos Públicos Extranjeros a que se ha hecho alusión elimina la exigencia del trámite diplomático o consular para establecer su autenticidad, disponiendo como única medida de control la imposición de un sello o estampilla por el país donde se elaboró el documento, denominado apostilla.

EXTRACTO:

Para decidir, la Sala observa:

Estima el recurrente y, así lo expresa, que la sentencia de alzada infringió por errónea interpretación el artículo 1 de la Ley Aprobatoria del Convenio para Suprimir la Exigencia de Legalización de los Documentos Públicos Extranjeros celebrado en La Haya el 5 de octubre de 1961, porque el tribunal superior examinó y valoró como instrumentos públicos administrativos, las documentales que fueron apostilladas con el N° ALJI15307244 el 9 de agosto de 2011, por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, conforme al tratado, a pesar de que están excluidos del ámbito de aplicación del Convenio por tratarse de documentos administrativos que se refieren a una operación aduanera.

La errónea interpretación de una norma ocurre cuando el juez, reconociendo la existencia y validez de la que resulta aplicable al caso, sin embargo, la malinterpreta desconociendo su sentido y significado.

El artículo 1° de la Ley Aprobatoria del Convenio para Suprimir la Exigen-

cia de Legalización de los Documentos Públicos Extranjeros hecho en La Haya el 5 de octubre de 1961, publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 36.446 de fecha 5 de mayo de 1998, establece lo que se trasunta a continuación:

“El presente Convenio se aplicará a los documentos públicos que hayan sido autorizados en el territorio de un Estado Contratante y que deban ser presentados en el territorio del otro Estado Contratante.

A los efectos del presente Convenio se considerarán como documentos públicos los siguientes:

- a) los documentos que emanen de una autoridad o funcionario vinculado a cortes o tribunales del Estado, incluyendo los provenientes del Ministerio Público, o de un secretario, oficial o agente judicial;
- b) los documentos administrativos;
- c) los documentos notariales;
- d) las certificaciones oficiales que hayan sido puestas sobre documentos privados, tales como menciones de registro, comprobaciones sobre la certeza de una fecha y autenticaciones oficiales y notariales de firmas.

Sin embargo, el presente Convenio no se aplicará:

- a) a los documentos expedidos por agentes diplomáticos o consulares;
- b) a los documentos administrativos que se refieran directamente a una operación mercantil o aduanera”.

La lectura de la norma patentiza la aplicación del Convenio a los documentos públicos autorizados en el territorio de un Estado Contratante y que deban ser presentados en el territorio de otro Estado Contratante, detallando seguidamente el tipo de documentos que a los efectos de la

Convención se consideran públicos, hasta que finalmente, en su tercer párrafo, dispone expresamente que el Convenio no se aplicará a los documentos que sean expedidos por agentes diplomáticos o consulares ni a los de carácter administrativo que se refieran directamente a operaciones comerciales o aduanera.

Por consiguiente, los documentos allí exceptuados no benefician del régimen instrumental convencional de tener como formalidad única la fijación de la apostilla (ex artículos 3, 4 y 5 del Convenio), de suerte que los documentos extranjeros de la especie implicada (mercantil aduanero), para desplegar eficacia probatoria ante las autoridades nacionales, dada su especial naturaleza y finalidad de facilitar el control de la entrada, permanencia y salida del territorio nacional de mercancías objeto de tráfico internacional como imperativo inherente a la propia realidad actual del comercio internacional, deben atender primeramente a la normativa legal interna que en esa materia acoge la República Bolivariana de Venezuela que, para el caso, no exige legalización de la documentación comercial aduanera, como se observa de la normativa reguladora del procedimiento de reconocimiento creado para verificar el cumplimiento de las obligaciones establecidas para el régimen aduanero (ex artículos 49 a 58 Ley Orgánica de Aduanas).

Tampoco la requiere en la documentación de la que deben estar provistos los vehículos que practican operaciones de tráfico internacional como los manifiestos de carga, conocimientos de embarque, guías aéreas, manifiestos o guías de encomienda (ex artículos 65 y siguientes Reglamento de la Ley Orgánica de Aduanas), ni la pide para la documentación relativa a las operaciones aduaneras relativas a la importación y exportación de mercancías, respecto de las que sólo se exige la declaración de aduana, la factura comercial definitiva, original del conocimiento de embarque, de la guía aérea o de la guía de encomienda (ex artículo 98 del nombrado Reglamento), y, para mayor claridad, se hace exención expresa de legalización de la factura comercial definitiva (ex artículo 106 *eiusdem*), y por último, debe atenderse a la preceptiva que por vía de convenios ha

suscrito la Nación con otros Estados, como la Comunidad Andina de Naciones (mientras Venezuela fue parte de tal bloque comunitario) que en la materia tratada dictó varias Decisiones que revelan, en el sentido fijado por la citada Ley Orgánica de Aduanas y su Reglamento el propósito de no exigir legalizaciones en la documentación concerniente al régimen aduanero, entre otras, las Decisiones 670 sobre documento único aduanero, 671 sobre la armonización de regímenes aduaneros, 571 sobre el valor en aduana de las mercancías importadas y 574 sobre régimen andino de control aduanero.

Significa entonces que el documento público mercantil aduanero no necesariamente ha de cumplir con el trámite de la legalización prevista, entre otros supuestos, para las sentencias y los actos ejecutados en país extranjero (ex artículo 1923 Código Civil); para la inserción de actas de matrimonios celebrados en el extranjero (ex artículos 103 y 109 *idem*); para la inscripción en el registro de comercio de documentos referentes a las leyes de su nacionalidad que han de cumplir algunas sociedades extranjeras por acciones (ex artículo 354 Código de Comercio); para los poderes otorgados en el extranjero (ex artículo 157 Código de Procedimiento Civil); para los documentos que deben acompañarse a la solicitud de exequátur (ex artículo 853 *eiusdem*); si no son transmitidos por vía diplomática, para las rogatorias provenientes de autoridades extranjeras para ejecutar providencias concernientes al examen de testigos, experticias, juramentos, interrogatorios y demás actos de mera instrucción, así como las citaciones que se hagan a personas residentes en Venezuela para comparecer ante autoridades extranjeras y a las notificaciones de actos procedentes de país extranjero (ex artículo 857 *ibidem*).

Desenvolviendo la litis, la sentencia recurrida estableció, respecto de los documentos extranjeros apostillados, lo siguiente:

“6.- Al folio 116, oficio N° 006583 de fecha 6 de septiembre de 2011, suscrito por la ciudadana Patricia Laura María Ángel Rodríguez, Jefe de la División de Gestión de Operación Aduanera, Dirección Sec-

cional de Aduanas de Cúcuta, República de Colombia, mediante la cual ésta le remitió en siete (07) folios fotocopias certificadas al señor Jesús Gerardo Murillo Nieto, en atención a la solicitud de constancia certificada de Importación Temporal de Vehículo para Turismo N° 07057-2011 expedida en fecha 28 de julio de 2011 a las 17:14 horas, con fecha de vencimiento 25 de septiembre de 2011, a nombre de María Milagros de los Reyes González Cruz, para el vehículo asegurado, pudiendo observarse que la información allí suministrada, coincide con lo alegado por la demandada como causa de excepción del cumplimiento de contrato, en cuanto al ingreso del vehículo a territorio colombiano en la fecha indicada por ésta, evidenciándose al folio 117, constancia de fecha 19 de agosto de 2011, expedida por la ciudadana Nidia Rocío Vargas, Subdirectora de Gestión de Personal de la Unidad Administrativa Especial de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), República de Colombia, mediante la cual hace constar que la ciudadana Patricia Laura María Ángel Rodríguez, con cédula de ciudadanía colombiana N° 35.462.086 se desempeña como Gestor II, Código 302, grado 02, funcionaria de planta en la División de Gestión de la Operación Aduanera de la Dirección Seccional de Aduanas de Cúcuta, y designada como jefe de la misma División y Dirección de la Unidad Administrativa Especial, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, República de Colombia. Las anteriores certificaciones fueron debidamente apostilladas con el N° ALJI15307244 en fecha 9 de agosto de 2011 por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, conforme a la Convención de La Haya del 5 de octubre de 1961 (fl. 118). De ella se desprende que la documentación allí indicada ha cumplido con los requisitos exigidos por la Convención de La Haya, relacionados con el valor probatorio de la documentación emanada de alguno de los países signatarios de dicha convención, frente a los otros miembros del referido Tratado, extendiéndose a los anexos del oficio N° 006583 de fecha 06 de septiembre de 2011 (fl.116) emitido por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) de Colombia, discriminados así:

a.- Al folio 119, solicitud de Importación Temporal de Vehículos en Turismo, Dirección Seccional de Aduanas Cúcuta de fecha 28 de julio de 2011, suscrita por el funcionario público Juan P. Bra, para el ingreso del vehículo placa MFJ57C, país Venezuela, Titulo 26921634, marca Chevrolet, clase camioneta, modelo 2007 Tahoe, sport wagon, color gris, No. Motor: C7J3554491, chasis o carrocería 1GNFK13J17J3554491, con vidrios ahumados, propiedad de María Milagros de los Reyes González Cruz, domiciliada en el sector Los Teques, Edif. Paraíso, Apto. 502, San Cristóbal, número de días Tarjeta Andina, 60 días solicitados, anexo foto. Las características indicadas se corresponden con exactitud con el vehículo asegurado.

b.- Al folio 120, planilla N° 07057-2011 de fecha 28 de julio de 2011, suscrita por el Inspector adscrito a la DIAN, de la cual se evidencia que se permitió el ingreso a dicho vehículo a la República Colombia por el término de 59 días calendario, finalizando dicho permiso el domingo 25 de septiembre de 2011, del cual no existe en el registro del mencionado organismo, constancia de haber reingresado a territorio venezolano.

c.- Al folio 121, fotografía de identificación del vehículo objeto de la presente controversia, tomada por la DIAN en el momento del trámite como parte integrante de dicho trámite.

d.- Al folio 122, copia simple del Certificado de Registro de Vehículo N° 1GNFK13J17J354491-2-1 (26921634), de fecha 2 de julio de 2008, como expedido por el Ministerio del Poder Popular para la Infraestructura, Instituto Nacional de Tránsito y Transporte Terrestre, correspondiente al vehículo asegurado.

e.- A los folios 123 y 124, documento falsamente autenticado por ante la Notaría Pública Décima Tercera del Municipio Libertador del Distrito Capital, en fecha 29 de mayo de 2011, bajo el N° 71, Tomo 110, mediante la cual el asegurado da en venta el vehículo de marras.

f.- Al folio 125, Tarjeta de Inmigración Comunidad Andina, Departamento Administrativo de Seguridad (DAS), Subdirección de Extran-

jería, República de Colombia, de fecha 2 de julio de 2011, a nombre de María Milagros de Los Reyes González Cruz, tipo de documento: cédula de identidad N° V-4.660.055. Como ya ha sido expuesto, la demandada funda su eximente de responsabilidad contractual aduciendo que el vehículo denunciado como objeto del robo a mano armada, hecho acaecido a su decir en fecha 8 de agosto de 2011 en Ureña, Municipio Pedro María Ureña del estado Táchira, traspasó la frontera venezolana hacia la República de Colombia, vía Cúcuta, Norte de Santander en fecha 28 de julio de 2011, según consta de Permiso de Importación Temporal para Turista otorgado por la DIAN de Colombia, conforme a la documentación debidamente certificada y apostillada por el Ministerio de Relaciones Exteriores de ese país.

Por tanto, la quaestio facti a resolver queda circunscrita a establecer si el alegado robo del vehículo, objeto del contrato de seguro, ocurrió realmente en la fecha, forma y modo indicados por el demandante, todo lo cual niega la aseguradora en su contestación bajo el alegato de la imposibilidad de su ocurrencia en la fecha y hora indicados, toda vez que, con anterioridad a ésta es decir, el 28 de julio del mencionado año, el vehículo había sido trasladado bajo la figura de importación temporal por cincuenta y nueve (59) días, para uso de turismo a la República de Colombia, aportando para tal defensa la documentación que, debidamente certificada y apostillada por el Ministerio de Relaciones Exteriores de ese país, así lo acredita, sin que conste que el vehículo hubiese reingresado a territorio venezolano para la fecha en que, según lo afirma el accionante, 08 de agosto de 2011, fuera objeto del siniestro.

Frente a los argumentos defensivos de la demandada, aduce el asegurado demandante que la documentación con la cual fuera exportado temporalmente su vehículo, fue tramitada por la ciudadana María Milagros de los Reyes González, que es un tercero ajeno y sin relación jurídica alguna con el asegurado hoy demandante, y que dicha ciudadana, aparentemente para que le expidieran el supuesto documento de importación acreditado (sic) un Documento distin-

guido con el N° 26921634, que es similar al anexo del Certificado de Registro de Vehículo, es decir, que dicho certificado es falso; que pudo comprobar y conocer expresamente que el documento que reposa como venta del vehículo efectuada a dicha ciudadana por ante la Notaría Pública Décimo Tercera del Distrito Capital, carece totalmente de efectos jurídicos y procesales por su ilicitud e ilegalidad absoluta. Que el hipotético trámite (sic) por ante el DIAN, no fue realizado con su anuencia para efectuar el aparente (sic) trámite de importación temporal, por lo que era absolutamente ficticio e ilegal como acto jurídico.

((omissis))

Ciertamente, conforme a la documentación que corre a los folios 116 al 125, en fecha 28 de julio de 2011, fue tramitada la importación temporal del vehículo asegurado hacia Colombia con fines de turismo por una persona identificada por las autoridades aduaneras de dicho país como María Milagros de los Reyes González Cruz, de nacionalidad venezolana por un lapso de cincuenta y nueve (59) días, a cuyos efectos presentó por ante la DIAN, Seccional de Aduanas Cúcuta, Colombia, la documentación mencionada por la entidad aduanera, cuales fueron, entre otros, el Certificado de Registro de Vehículo N° 26921634, aparentemente falso pero con los datos exactos de las características del vehículo, documento de compraventa supuestamente autenticado por ante la Notaría Pública Décima Tercera del Municipio Libertador del Distrito Capital, Caracas, por el cual el demandante diera en venta el vehículo a la mencionada ciudadana, el cual, conforme a la certificación de la entidad notarial resultara falso; Tarjeta de Migración Comunidad Andina y cédula de identidad N° V- 4.660.055, la cual, conforme al Consejo Nacional Electoral y al SAIME, corresponde a la ciudadana María Milagros de los Reyes González Cruz.

No obstante, a juicio de la sentenciadora, lo trascendental es que, aún bajo sustento en falsos documentos, el vehículo asegurado fue trasladado a Colombia, tal como lo aduce la demandada, en fecha 28 de julio de 2011, y como consta de la documentación certificada

por la Subdirección de Gestión de Personal de la Unidad Administrativa Especial de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) de ese país, de fecha 19 de agosto de 2011 (f. 117), debidamente apostillada por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, según Certificado de fecha 08 de septiembre de 2011, N° ALJI15307244 (f. 118).

Ante tales circunstancias, esta sentenciadora estima necesario determinar previamente, ¿qué es la DIAN?. Ello, a los fines de establecer si se trata de una institución de carácter oficial y público, así como si los documentos emanados de ella surte efectos en la República Bolivariana de Venezuela, de conformidad con lo establecido en la Ley Aprobatoria del Convenio Para Suprimir la Exigencia de Legalización de los Documentos Públicos Extranjeros celebrado en La Haya (Holanda) en fecha 5 de octubre de 1961, del cual son signatarios tanto la República de Colombia, como la República Bolivariana de Venezuela, esta última a partir del 5 de mayo de 1998, según publicación en la Gaceta Oficial de la República N° 36.446 de la indicada fecha, pudiendo evidenciarse que, efectivamente, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de la República de Colombia, conocida generalmente por sus siglas DIAN, es una entidad gubernamental de carácter técnico, con goce de personalidad jurídica propia y autonomía presupuestaria, adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, creada mediante decreto ejecutivo en 1992, modificada por decreto del 22 de octubre de 2008, y posteriormente por otro similar del 26 de abril de 2011, teniendo bajo su responsabilidad todo lo relacionado, entre otros, con el manejo y control de impuestos nacionales y aduanas, impuestos generales, recaudación y cobro de derechos de aduana al comercio nacional y exterior, importación con franquicia y ordinaria, importación temporal para reexportación en el mismo Estado, registro y licencia de importación, certificado de origen, declaración andina de valor, guardando si se quiere, mucha semejanza con las funciones y atribuciones ejercidas por el Servicio Nacional Integrado de Administración de Aduana y Tributaria (SENIAT) de nuestro país.

De modo que no existe duda alguna que toda documentación dimanada de la DIAN, debidamente apostillada, goza de los privilegios de documento público administrativo, encajando perfectamente dentro del Convenio Para Suprimir la Exigencia de Legalización de los Documentos Públicos Extranjeros entre los Estados signatarios de la Convención que se originen en un país miembro y que se pretenda hacer valer en otro país miembro, celebrado en La Haya el 5 de octubre de 1961, y aprobado en todas sus partes, se repite, por la República Bolivariana de Venezuela, publicada en la Gaceta Oficial N° 36.446 de fecha 5 de mayo de 1998. Así las cosas, los documentos emitidos en un país de la Convención, que hayan sido certificados por una apostilla deberán ser reconocidos en cualquier otro país miembro sin necesidad de otro tipo de autenticación.

(omissis)

De la transcripción articular anterior, se colige claramente que la apostilla es una certificación oficial de que el documento que la contiene no requiere la legalización diplomática o consular entre los miembros del Convenio, cuando se pretenda utilizar dicho documento en otro país miembro. Más, si se trata de documentos público-administrativos, como es el caso bajo análisis, su concepto coincide con el establecido en la legislación venezolana.

(omissis)

Dado que en el caso bajo análisis, el documento probatorio apostillado no ha sido objeto de tacha de falsedad ni de ningún otro mecanismo previsto en la ley para enervar su eficacia probatoria, debe indefectiblemente esta sentenciadora, tener como ciertas las afirmaciones allí contenidas, y muy especialmente la que de él se desprende, cual es la que da cuenta de que el vehículo asegurado objeto de la presente controversia, fue efectivamente trasladado a la República de Colombia en fecha 19 de agosto de 2011 mediante la figura de importación temporal para turista por un lapso de cincuenta y nueve (59) días, por lo que a la fecha que el asegurado dice haber sido objeto de robo a mano armada (7 u 8 del citado mes y año), naturalmente el mismo no se encontraba en Venezuela.

Adicionalmente, con respecto al asunto que aquí se ventila, ha podido indagar esta sentenciadora, por máxima de experiencia dada por su convivencia en la frontera con Colombia, que conforme a la legislación interna de la República de Colombia, para la importación temporal de medios de transporte de los turistas que ingresen a su territorio, la DIAN es rigurosa en exigir, tanto la documentación del vehículo, como la presencia física del mismo, los cuales deben ser presentados por ante la mencionada autoridad aduanera, bajo la premisa de ser utilizado el vehículo como transporte de uso privado conducido por el turista, previo el cumplimiento de lo establecido para dicha importación temporal, cuyos requisitos se resumen en los siguientes: 1.- Acreditar en original y copia la propiedad del vehículo a ser utilizado como medio de transporte privado. 2.- Licencia de conducir. 3.- Documento de identificación: cédula o pasaporte. 4.- Permiso de ingreso otorgado por el Departamento de Migración de Colombia, o pasaporte sellado por éste. 5.- Improntas del vehículo (Seriales de chasis y de motor).

Igualmente, que, para el caso de vencimiento del plazo autorizado para la permanencia temporal del vehículo sin haber sido reexportado, la DIAN procede a la medida cautelar de su inmovilización e imposición de las sanciones (multas) correspondientes.

De lo anteriormente señalado, ha de inferirse sin lugar a duda alguna, que el vehículo asegurado objeto del presente proceso, ingresó a territorio colombiano a través de la Aduana fronteriza de Cúcuta, Departamento Norte de Santander, cumpliendo con los requisitos exigidos por las autoridades aduanales de ese país en fecha 28 de julio de 2011, como lo acredita el documento público administrativo emitido por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), apostillado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de dicho país independientemente de que para el trámite de su ingreso hubiese sido utilizada una documentación forjada, sin alteración de las características del vehículo con su identificación de placas de circulación y seriales respectivos, que coinciden plenamente, según el documento apostillado, con la documentación

contenida en el Certificado de Registro de Vehículo y en los datos registrados en el Contrato de Seguro Casco, por lo que resulta imposible que éste hubiese sido objeto de robo a mano armada en la fecha indicada por el asegurado, sin la constancia o probanza de que el vehículo hubiese reingresado al territorio venezolano para la fecha del denunciado siniestro.

Como consecuencia de todo lo anterior, se concluye que el documento apostillado por la República de Colombia por el cual se deja constancia de que el vehículo automotor de propiedad del demandante, amparado con la póliza de seguro emitida por la demandada, fue trasladado por vía de exportación temporal a la República de Colombia en fecha 28 de julio de 2011, se encuentra del todo ajustado a la normativa internacional prevista en la Convención para Suprimir la Exigencia de Legalización de los Documentos Públicos Extranjeros. Así se decide...”.

La transcripción evidencia que, avanzando en el desarrollo de su análisis valorativo, la juez de alzada calificó de documento público administrativo tanto al oficio N° 006583 de fecha 6 de septiembre de 2011 (f. 116), suscrito por la jefa de División de Gestión de Operación, Dirección Seccional de Aduanas de Cúcuta, República de Colombia, con sus siete (7) anexos, como a la constancia de fecha 19 de agosto de 2011 (folio 117), suscrita por la Subdirectora de Gestión de Personal de la Unidad Administrativa Especial de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), por tratarse de documentos extranjeros que fueron apostillados con el N° ALJI15307244 en fecha 9 de agosto de 2011 (f. 118) por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, conforme a la Convención de La Haya de fecha 5 de octubre de 1961 y que, a juicio de la falladora ad quem, no fueron objeto de tacha de falsedad ni de algún otro mecanismo legal que enervase su eficacia probatoria asignándole en tal sentido el mérito probatorio del documento público.

Considerando entonces que la documentación valorada por la sentenciadora de alzada corresponde a un documento administrativo referido di-

rectamente a una operación aduanera y que, si bien la Convención para la abolición de legalización de documentos públicos extranjeros a que se ha hecho alusión elimina la exigencia del trámite diplomático o consular para establecer su autenticidad, disponiendo como única medida de control la imposición de un sello o estampilla por el país donde se elaboró el documento, denominado apostilla, no es menos cierto, sin embargo, que ese mismo instrumento legal excluyó de manera expresa, aquellos documentos de carácter administrativo que se refieran directamente a operaciones de carácter mercantil aduanero, como es el caso de los instrumentos incorporados al proceso por la demandada, en cuyo supuesto, aun cuando no fue observado de tal manera por la alzada, ha de entenderse que los documentos extranjeros de esa naturaleza, despliegan eficacia probatoria ante las autoridades nacionales conforme a la normativa legal interna que en esa especial materia acoge la República o la que por vía de convenios ha suscrito ésta con otros Estados y no como lo ha planteado el recurrente, en el sentido de que su exclusión del Convenio mencionado significa acudir a la legalización consular prevista para el resto de actos extranjeros distintos a los de carácter mercantil aduanero.

Esas apreciaciones llevaron al tribunal de reenvío a calificar la documentación apostillada como documento público administrativo, otorgarle la eficacia probatoria del documento público y, consecuentemente, a declarar la improcedencia de la demanda dado que con tales instrumentos la aseguradora habría demostrado “que el siniestro reclamado no se produjo en el tiempo, modo y circunstancias señalados por el asegurado” y, en razón de eso, juzgaba “que la demandada fundamentó el rechazo de indemnización del siniestro de modo adecuado”.

De tal manera, aun cuando la recurrida basó su decisión en la norma convencional denunciada para otorgarle eficacia probatoria al documento aduanal apostillado, sin embargo, tal anomalía resulta irrelevante dado que la eficacia probatoria del documento no deviene de su apostillamiento conforme a la regla Convencional, sino de la preceptiva legal interna que para los documentos de naturaleza mercantil aduanera no requiere

de certificaciones consulares, con lo cual resulta ineludible la improcedencia de la denuncia analizada. Así se decide.

Después de las consideraciones anteriores, la Sala observa que la desconformidad del recurrente con el fallo de la alzada deviene del hecho que ésta determinó, en primer lugar que el conjunto de documentos (expediente administrativo) emanado de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) de Colombia, ofrecido por la demandada durante el lapso de promoción de pruebas marcado letra y números “E1” a “E10”, goza de los privilegios del documento público administrativo, dado que tal género de documento encaja dentro del Convenio de La Haya conforme al cual “los documentos emitidos en un país de la Convención, que hayan sido certificados por una apostilla deberán ser reconocidos en cualquier otro país miembro sin necesidad de otro tipo de autenticación”; y, en segundo término, que el mencionado documento ostenta tal aptitud porque el órgano que lo produce es una entidad gubernamental de carácter técnico, con goce de personalidad jurídica propia y autonomía presupuestaria que tiene bajo su responsabilidad todo lo relacionado, entre otros, con el manejo y control de impuestos nacionales y aduanas, impuestos generales, recaudación y cobro de derechos de aduana al comercio nacional y exterior, importación con franquicia ordinaria, importación temporal para reexportación en el mismo Estado, registro y licencia de importación, certificado de origen, declaración andina de valor, guardando semejanza con las funciones y atribuciones del SENIAT.

Se observa claramente que los fundamentos de la denuncia analizada apuntan a cuestionar el establecimiento y valoración que hiciera la juez superior respecto de los instrumentos apostillados, cuando calificó los mismos como documento público administrativo; empero, el formalizante delata un error de interpretación de una norma sin advertir que ambos vicios -aplicando el método silogístico a la decisión judicial-, tienen un origen lógico diferente, pues el primero se comete en la premisa menor del silogismo, específicamente, el error de derecho al juzgar los hechos, para el caso, error en la valoración de la prueba, mientras el segundo vicio

se produce en su premisa mayor, por el establecimiento que hace el juez de la proposición de carácter general que implica el acaecimiento del hecho que constituye el supuesto abstracto de la norma, implicando así su consecuencia jurídica.

En rigor, si el juez valora un documento como público cuando en realidad no lo es, incurre, sin duda, en un error de valoración de la prueba y no en un error de interpretación de una norma, con lo cual la denuncia en los términos planteados no prospera pues no existe la errónea interpretación delatada y si el formalizante pretendía atacar el establecimiento y valoración de la prueba contenida en el expediente administrativo apostillado, debió encaminar su denuncia por derroteros diferentes.

Corolario obligado de las razones expuestas es, pues, la improcedencia de la denuncia de infracción, por errónea interpretación, del artículo 1 de la Ley Aprobatoria del Convenio para Suprimir la Exigencia de Legalización de los Documentos Públicos Extranjeros hecho en La Haya el 5 de octubre de 1961. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01347.

FECHA: 1 de diciembre de 2016.

PARTES: Rosa Delia Arocha contra Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores, Justicia y Paz.

.....

TEMA: OBLIGADO AL PAGO DE LA PRIMA EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: el tomador de la póliza de seguro, que puede coincidir o no con el asegurado, se obliga a efectuar el pago de la prima, a cambio de la cobertura otorgada por

el asegurador, la cual evita que el contratante afronte un perjuicio económico mayor, en caso de que el siniestro se produzca.

Máxima: se evidencia que en el caso bajo estudio el Registro Mercantil Primero del Estado Mérida fue el ente contratante (tomador) de las pólizas individuales emitidas por la empresa Seguros La Previsora (aseguradora), a favor de los funcionarios de dicha Oficina (asegurados).

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse respecto a la apelación incoada por el representante judicial de la ciudadana Rosa Delia Arocha Gutiérrez, contra la decisión Nro. 2013-2675 de fecha 16 de diciembre de 2013, mediante la cual la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo declaró sin lugar la demanda interpuesta por el apoderado judicial de la prenombrada ciudadana contra la decisión dictada el 29 de abril de 2009 por la Dirección General de Contraloría Interna del Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores y Justicia, hoy Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores, Justicia y Paz, en la cual declaró sin lugar el recurso de reconsideración ejercido contra el acto de fecha 5 de marzo de 2009, que dictaminó la responsabilidad administrativa de la prenombrada ciudadana, por haber incurrido en el ilícito previsto en el numeral 4 del artículo 91 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal, y se le impuso multa de cien unidades tributarias (100 U.T.) equivalentes a la suma de “TRES MILLONES TRECIENTOS SESENTA MIL BOLÍVARES (Bs. 3.360.000,00), o TRES MIL TRECIENTOS SESENTA BOLÍVARES (Bs. 3.360,00), tomándose como base de cálculo el valor de la Unidad Tributaria vigente para el 2006 fecha en que ocurrió el hecho” (Destacado del acto).

Precisado lo anterior, pasa esta Sala a decidir las denuncias en el orden siguiente:

Del vicio de contradicción.

Con relación a este vicio, esta Sala mediante sentencia Nro. 00833 de fecha 9 de julio de 2015 señaló lo siguiente:

“Visto lo anterior, pasa la Sala a decidir, y a tal efecto, considera procedente transcribir el contenido de la norma prevista en el artículo 244 del Código de Procedimiento Civil, la cual dispone lo siguiente:

‘Artículo 244.- Será nula la sentencia: (...) por resultar (...) de tal modo contradictoria, que no pueda ejecutarse o no aparezca que sea lo decidido (...).’

En atención al contenido de la citada previsión de ley, observa este Alto Tribunal que el vicio de contradicción o vicio de sentencia contradictoria se produce cuando en la elaboración de su decisión el órgano o ente decisor incorpora dos o más dispositivos antagónicos, de suerte que el mandato judicial se torne inejecutable o no parezca corresponderse con el verdadero sentido o alcance de la resolución adoptada.

En tal sentido, teniendo en cuenta que por regla general las causas de nulidad de los fallos judiciales suelen derivar del quebrantamiento de los requisitos extrínsecos de validez que se encuentran enunciados en el artículo 243 del Código de Procedimiento Civil, un importante sector de la doctrina ha relacionado el vicio de sentencia contradictoria con el incumplimiento del deber de decidir de manera ‘expresa, positiva y precisa con arreglo a la pretensión deducida y a las excepciones o defensas opuestas’ (Vid. ordinal 5° del mencionado artículo 243), dada la existencia de una aproximación argumental entre la examinada figura y lo que algunos tratadistas han denominado ‘congruencia intrínseca del fallo’, entendida como la concordancia interna que debe mantenerse entre los distintos pronunciamientos que integran la resolución judicial y que viene a servir de garantía a la coherencia de los actos jurisdiccionales.

Siendo esto así, conviene aclarar que cuando la discordancia se produce entre los diversos ‘considerandos’ esgrimidos por el juzgador para fundamentar la decisión asumida, o entre la parte motiva y el dispositivo del fallo, lejos de concretarse el vicio de sentencia contradictoria propiamente dicho, se habrá producido en esencia el vicio de inmotivación, en el primero de los casos, al desnaturalizarse o destruirse recíprocamente los pronunciamientos antagónicos, y en el segundo, por carecer absolutamente la resolución adoptada de fundamentos. (Vid. Sentencias dictadas por esta Sala Nos. 00911 del 29 de septiembre de 2010, caso: AUTO ORIENTE MATURÍN, S.A.; 00099 del 26 de noviembre de 2011, caso: Cyber Centro de Comunicaciones Pro-Patria; y 00102 del 29 de enero de 2014, caso: Transcarga INTL Airways, C.A.)” (Sic y destacado del fallo).

En el caso de autos, la representación judicial de la ciudadana Rosa Delia Arocha Gutiérrez alegó que la sentencia recurrida incurrió en el vicio de contradicción porque aun cuando afirmó “que el contrato suscrito por los funcionarios del Registro Mercantil Primero con Seguros la Previsora, es un contrato celebrado con personas jurídicas de derecho público o de derecho privado estatales, en folios posteriores reconoció que tales acuerdos” fueron celebrados individualmente por los funcionarios con esa compañía de Seguros”.

Precisado lo anterior, advierte esta Alzada que el vicio alegado por la representación de la apelante corresponde al de motivación contradictoria, ya que sus argumentos están dirigidos a que la decisión objeto de revisión basó su dispositivo en fundamentos aparentemente contradictorios.

En este orden de ideas, observa la Sala que el fallo impugnado señaló en su motivación que, de acuerdo a la comunicación del 8 de febrero de 2007, firmada por el Registrador Mercantil Primero del Estado Mérida y dirigida al director general de Contraloría Interna del Ministerio, la “Póliza de HCM contratada con Seguros La Previsora ha sido suscrita por el Registro Mercantil” y que la prima correspondiente a cada trabajador fue pagada con recursos de esa Oficina de Registro.

Asimismo, indicó la Corte que se evidencia de la misiva de fecha 28 de febrero de 2006 suscrita por el Coordinador Técnico de Suscripción de Seguros La Previsora, que el Registro fue informado de la emisión de “pólizas de HCM para el personal del Registro Mercantil del Estado Mérida” y que “Las pólizas serán emitidas bajo la modalidad de individuales con todos los beneficios que se ofrecen en [ese] producto. Los productos de HCM deben superar los 50 titulares. Sin embargo, las primas ofrecidas y la forma de pago se igualan a las condiciones de todos los productos colectivos” (Agregado de la Sala).

Igualmente, advirtió el a quo del “Contrato de Préstamo para Financiamiento de Primas Condiciones Particulares” que el órgano que funge como prestatario en el pago de las pólizas individuales antes señaladas es el Registro Mercantil Primero del Estado Mérida, resultando evidente para ese Órgano Jurisdiccional que el organismo público formó parte de la contratación al ser la persona obligada al pago de la prima de los funcionarios adscritos.

Al respecto, advierte esta Alzada que el Decreto con Fuerza de Ley del contrato de seguro publicado en la Gaceta Oficial Nro. 5.553 Extraordinario del 12 de noviembre de 2001, aplicable en razón del tiempo, dispone en sus artículos 7 y 8 lo siguiente:

“Artículo 7. Son partes del contrato de seguro:

1. La empresa de seguros o asegurador, es decir, la persona que asume los riesgos. Sólo las empresas de seguros autorizadas de acuerdo con la ley que rige la materia pueden actuar como asegurador.
2. El tomador, o sea, la persona que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.

Artículo 8. En los contratos de seguros podrán existir además de las partes señaladas en el artículo anterior, el asegurado, persona que en sí misma, en sus bienes o en sus intereses económicos está

expuesta al riesgo y el beneficiario, aquél en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará la empresa de seguros. “El tomador, el asegurado o el beneficiario pueden ser o no la misma persona”. (Subrayado de esta decisión).

De conformidad con las normas transcritas, las partes esenciales de todo contrato de seguro son el tomador y la empresa aseguradora -además de asegurados y beneficiarios- entre las cuales se reparten las cargas, obligaciones y derechos derivados del contrato de seguro.

En este orden de ideas, el tomador de la póliza de seguro, que puede coincidir o no con el asegurado, se obliga a efectuar el pago de la prima, a cambio de la cobertura otorgada por el asegurador, la cual evita que el contratante afronte un perjuicio económico mayor, en caso de que el siniestro se produzca.

Precisado esto, de las actas procesales se evidencia que en el caso bajo estudio el Registro Mercantil Primero del Estado Mérida fue el ente contratante (tomador) de las pólizas individuales emitidas por la empresa Seguros La Previsora (aseguradora), a favor de los funcionarios de dicha Oficina (asegurados).

De acuerdo a lo anterior, considera esta Máxima Instancia que la sentencia objeto de apelación no incurrió en el aludido vicio de motivación contradictoria, pues aun cuando afirmó que los referidos contratos de “Póliza de HCM” fueron suscritos por los funcionarios de la mencionada Oficina de Registro, ratificó que es éste último el obligado a pagar las primas de acuerdo al referido Contrato de Préstamo, lo cual lo hace parte en la celebración de estos acuerdos. En consecuencia, se desecha esta denuncia y así se declara.



En el caso bajo estudio estima esta Máxima Instancia que lo denunciado por la parte recurrente es el vicio de incongruencia negativa por silencio

de pruebas, pues consideró que el a quo no tomó en consideración ciertos elementos para emitir el pronunciamiento impugnado.

Ante esto, considera esta Sala necesario reproducir lo afirmado supra respecto a que de la revisión de la sentencia apelada se evidencia que la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo realizó un análisis amplio y suficiente de los alegatos expuestos por la parte actora y de los antecedentes administrativos del caso remitidos por el órgano ministerial.

En efecto, se aprecia que en el mencionado fallo se estudiaron documentos relevantes para la resolución del caso, tales como las comunicaciones del representante de la empresa Seguros La Previsora, del Registrador Mercantil Primero del Estado Mérida, el “Contrato de Préstamo para Financiamiento de Primas Condiciones Particulares”, los escritos de consideraciones de la recurrente y las Pólizas de HCM de los funcionarios adscritos a la Oficina Registral, entre otros.

Ahora bien, resulta necesario destacar que en el expediente administrativo no se encuentra “el texto y contenido de los contratos suscritos por los funcionarios del Registro, por concepto de póliza HCM, con Seguros La Previsora”, sino únicamente los cuadros de Pólizas de HCM de los funcionarios adscritos al Registro; por lo que, mal podía la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo realizar el análisis de los contratos celebrados. Sin embargo, como ya refirió la Sala en párrafos anteriores, aun cuando se trate de los cuadros de pólizas individuales suscritas por los trabajadores, se evidencia que el referido el organismo público formó parte de la contratación al ser la persona obligada al pago de la prima conforme se desprende del “Contrato de Préstamo para Financiamiento de Primas Condiciones Particulares”. En virtud de ello, esta Alzada desestima el argumento expuesto. Así se declara.



En este orden de ideas, se advierte que en líneas anteriores esta Sala compartió el criterio del a quo respecto al cual se consideró que al evidenciar-

se del “Contrato de Préstamo para Financiamiento de Primas Condiciones Particulares” que el Registro Mercantil Primero del Estado Mérida es el órgano obligado al pago de las pólizas individuales de HCM suscritas por los funcionarios de la mencionada Oficina de Registro, éste es parte de la contratación.

En consecuencia, se desecha el alegato expuesto por la parte apelante de suposición falsa. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01365.

FECHA: 06 de diciembre de 2016.

PARTES: Seguros Nuevo Mundo, contra La Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDEE).

.....

TEMA: PÉRDIDA TOTAL. CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE CONSIGNAR DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO DEL SINIETRO Y LA PRÓRROGA

Máxima: la empresa de seguro informó al asegurado que el importe de la reparación del vehículo superaba el setenta y cinco por ciento (75%) del valor asegurado y por tal razón debía tramitarse el siniestro como una “Pérdida Total” conforme a las cláusulas pactadas en el contrato de seguro. Sobre esa base, le indicó que debía consignar “en los lapsos establecidos en la póliza”, entre otros documentos, “Contrato de Venta con Reserva de Dominio y/o Carta de saldo deudor actualizada a la fecha (en caso que el vehículo no esté cancelado en su totalidad) [y] Original del Título de Propiedad y Carnet de Circulación (INTTT)”.

Máxima: la empresa notificó que declinaba su responsabilidad frente al siniestro sufrido en virtud del incumplimiento de la cláusula relativa a la obligación de proporcionar los recaudos que fueron exigidos, en virtud de ello señaló que se encontraba relevada de su deber de indemnizar por la pérdida del vehículo asegurado.

Máxima: la empresa notificó que declinaba su responsabilidad frente al siniestro sufrido en virtud del incumplimiento de la cláusula relativa a la obligación de proporcionar los recaudos que fueron exigidos, en virtud de ello señaló que se encontraba relevada de su deber de indemnizar por la pérdida del vehículo asegurado.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Máxima Instancia pronunciarse sobre la demanda de nulidad ejercida por la representación judicial de la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo, S.A., contra el silencio administrativo en el que incurrió el Ministro del Poder Popular para el Comercio, con ocasión del recurso jerárquico ejercido contra la Providencia Administrativa N° DEC-13-00230-2013, de fecha 8 de julio de 2013, suscrita por el Presidente del antes denominado Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), por la cual ordenó a la citada empresa cancelar una indemnización a favor del ciudadano Felipe Luis Herrera García, ya identificado, en su condición de denunciante, por la suma de veintisiete mil ochocientos treinta bolívares (Bs. 27.830,00) “más los intereses que dicha cantidad haya podido generar hasta la fecha en que se materialice el pago”, con base en lo previsto en los artículos 8, numerales 6, 17 y 18, 16 numeral 4 y 78 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios y le impuso sanción de multa por un mil quinientas unidades tributarias (1.500 U.T.), de conformidad con lo establecido en los artículos 126, 128 y 135 eiusdem.

Ahora bien, considera la Sala necesario referir que la presente causa tuvo su origen en la denuncia identificada con el alfanumérico PO-1619/09, efectuada en fecha 30 de octubre de 2009 por el ciudadano Felipe Luis Herrera García, ante la Coordinación Regional del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), en virtud del accidente acaecido el 16 de agosto de 2007, el cual causó daños a un vehículo de su propiedad que se encontraba amparado por una póliza de seguro contratada con la accionante.

De la revisión del expediente administrativo se observó que dicho siniestro fue reportado por el denunciante a la citada empresa la cual elaboró un informe del mismo (folio 45), así como también un presupuesto que atiende a los daños sufridos por el vehículo y que fuera levantado el 30 de agosto de 2007 (folio 46).

Asimismo se apreció que mediante comunicación de fecha 10 de septiembre de 2007 (recibida el día 12 del mismo mes y año), la hoy recurrente le informó al denunciante que el importe de la reparación del vehículo superaba el setenta y cinco por ciento (75%) del valor asegurado y por tal razón debía tramitarse el siniestro como una “Pérdida Total” conforme a las cláusulas pactadas en el contrato de seguro, en ese sentido le indicó que a fin del estudio y tramitación del reclamo debía consignar “en los lapsos establecidos en la póliza”, entre otros documentos “Contrato de Venta con Reserva de Dominio y/o Carta de saldo deudor actualizada a la fecha (en caso que el vehículo no esté cancelado en su totalidad) [y] Original del Título de Propiedad y Carnet de Circulación (INTTT)”.

De igual forma, el 12 de septiembre de 2007, la empresa accionante solicitó al denunciante su autorización para trasladar el vehículo siniestrado hasta “su Centro de Acopio a fin de que el mismo sea resguardado y custodiado en virtud de la determinación de la Pérdida Total”, dicha solicitud fue recibida en esa misma fecha.

Posteriormente en fechas 3 y 25 de octubre, 14 de noviembre, 5 de diciembre de 2007, 7 de enero y 4 de febrero de 2008, el denunciante solicitó a la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo, S.A., que se le prorrogase el lapso para consignar los documentos por ella exigidos.

El 25 de febrero de 2008, la hoy accionante le notificó al denunciante que declinaba su responsabilidad frente al siniestro sufrido en virtud del incumplimiento de la cláusula relativa a la obligación de proporcionar los recaudos que fueron exigidos, en virtud de ello señaló que se encontraba relevada de su deber de indemnizar por la pérdida del vehículo asegurado. En fecha 23 de junio de 2008, el ciudadano Felipe Luis Herrera García le solicitó a la empresa aseguradora que reconsiderase la posición asumida, toda vez que “el organismo encargado de emitir [el título de propiedad del auto] (SETRA) cambió repentinamente a un nuevo papel de seguridad (sic) (Agregados de la Sala), por lo cual escapaba de sus manos consignar ese recaudo en el lapso establecido, de igual forma entregó una carta suscrita por la dueña anterior del vehículo siniestrado (fecha el día 7 de ese mismo mes y año), donde dejó constancia del saldo que le adeudaba el denunciante por la adquisición del mismo, así como también el documento de venta del automóvil.

Hechas las anteriores precisiones, pasa esta Sala a decidir el mérito del asunto y en ese sentido se observa:

Violación al Principio de la Reserva Legal y de la Usurpación de Funciones. Adujo el apoderado actor que el antes denominado Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), quebrantó el principio aludido por cuanto el “obrar de la administración, en [el] cual condena a [su] representada a pagar cantidades de dinero, no está previsto de forma expresa en la Ley del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, norma sobre la cual se procedió a sancionar a [su] representada, la cual únicamente permitía a este órgano imponer multas, en caso de verificarse infracción alguna” (Sic) (Negrillas y subrayado del texto, corchetes de la Sala).

Indicó, que el órgano recurrido no podía aplicar válidamente esa facultad de condena a su mandante sin incurrir en “severas violaciones Constitucionales”, en virtud de ello sostuvo adicionalmente que en el presente caso el Presidente del Instituto recurrido al dictar la Providencia impugnada, incurrió en usurpación de funciones “debido a que su actuación invade las competencias exclusivas del poder judicial” (Sic).

Por tanto, refirió que “con la orden de pago dinerario e intereses moratorios (condena) invade el principio de separación de los poderes del Estado, en el entendido que dicha facultad está atribuida competencialmente al Poder Judicial a través de los órganos de Justicia” (Sic) (Negrillas del escrito).

Destacó el apoderado de la accionante, que el “órgano que emite la providencia administrativa, sólo puede imponer las multas correspondientes dentro del ámbito de su competencia, tal y como lo disponían los artículos 125 y siguientes de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios” (Sic) (Negrillas y subrayado del original).

Así pues, respecto a la alegada violación de la reserva legal, considera necesario la Sala destacar que dicha garantía se encuentra referida a una limitación formal a la potestad reglamentaria y un mandato específico del Constituyente al Legislador para que sólo este último regule ciertas materias en sus aspectos fundamentales, es decir, que la reserva legal no sólo limita a la Administración, sino también de manera relevante al Legislador. En este orden de ideas, en la doctrina se ha venido afirmando que la reserva legal ha adquirido una nueva dimensión, pues no es tanto el deber del legislador de regular, él mismo directamente, las materias reservadas a la ley, como el que tenga la posibilidad efectiva de hacerlo y decida si va a realizarlo directamente o a encomendárselo al Poder Ejecutivo. De modo que, se infiere que la reserva legal implica una prohibición al reglamento de entrar por iniciativa propia en el mencionado ámbito legislativo, pero no prohíbe al legislador autorizar al Poder Ejecutivo para que así lo haga. (Vid. Sentencia de esta Sala N° 1947 de fecha 11 de diciembre de 2003).

Por otro lado, respecto a la usurpación denunciada vale la pena acotar que tanto la doctrina como la jurisprudencia de este Máximo Tribunal, han distinguido básicamente tres tipos de irregularidades en el actuar administrativo, a saber: la usurpación de autoridad, la usurpación de funciones y la extralimitación de funciones. La usurpación de autoridad ocurre cuando un acto es dictado por quien carece en absoluto de investidura pública. Este vicio se encuentra sancionado con la nulidad absoluta del acto. Por su parte, la usurpación de funciones se constata, cuando una autoridad legítima dicta un acto invadiendo la esfera de competencia de un órgano perteneciente a otra rama del Poder Público, violentando de ese modo las disposiciones contenidas en los artículos 136 y 137 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en virtud de los cuales se consagra, por una parte, el principio de separación de poderes, según el cual cada rama del Poder Público tiene sus funciones propias; y se establece, por otra parte, que sólo la Ley define las atribuciones del Poder Público, y a estas normas debe sujetarse su ejercicio. Finalmente, la extralimitación de funciones consiste fundamentalmente en la realización por parte de la autoridad administrativa de un acto para el cual no tiene competencia expresa. (Vid. sentencia de esta Sala N° 00982 del 1° de julio de 2009).



Ahora bien, a juicio de la Sala puede establecerse lo siguiente:

i) Que, una vez ocurrido el siniestro, el denunciante lo participó a la empresa de seguros y ésta procedió a iniciar los trámites que le correspondían, en ese sentido evaluó los daños sufridos por el automóvil asegurado y determinó que para su reparación debía invertirse una suma superior al setenta y cinco por ciento (75%) del monto asegurado por la póliza contratada y por ello le notificó al denunciante que calificó el hecho como una “pérdida total” del bien asegurado.

ii) En razón de lo anterior, la empresa accionante procedió a trasladar el vehículo a su centro de acopio, previa autorización solicitada al denunciante.

iii) Que la empresa de seguros requirió del denunciante la consignación de una serie de documentos a objeto de procesar el siniestro ocurrido y proceder al pago de la indemnización pactada en la póliza, para lo cual contaba con un plazo previamente establecido.

iv) Que en varias oportunidades el denunciante le solicitó a la empresa aseguradora prorrogar el término concedido para consignar la documentación solicitada.

v) Luego de la última de las solicitudes de prórroga, la sociedad mercantil recurrente declinó su responsabilidad frente al accidente acaecido, fundamentado su decisión en la falta de consignación de los documentos solicitados y por ello se consideró relevada de su obligación de cancelar la indemnización correspondiente no obstante que, en razón de la calificación dada al accidente del vehículo asegurado, esto es “Perdida Total”, la empresa retuvo el mismo en las instalaciones del taller mecánico que seleccionó al efecto.

vi) El denunciante solicitó a la aseguradora reconsiderar su decisión aduciendo que experimentó retrasos en la obtención de uno los documentos requeridos [título de propiedad del vehículo siniestrado], en virtud de la demora en que incurrió el organismo encargado de emitirlo.

vii) Luego, transcurridos aproximadamente ocho (8) meses después de la petición ante señalada, el denunciante requirió a un órgano jurisdiccional que practique una inspección judicial en el lugar donde se encontraba el vehículo siniestrado, en la cual se dejó constancia del grave estado de deterioro del mismo, así como de la sustracción de diferentes partes y piezas. De manera que, visto lo precedentemente indicado a juicio de la Sala no habría lugar a considerar que el acto recurrido incurrió en el silencio de pruebas denunciado por la supuesta omisión de valorar la aceptación de la empresa de seguros de las solicitudes de prórroga efectuadas por el denunciante a objeto de consignar los documentos que le fueron solicita-

dos, toda vez que, como antes se indicó, la procedencia de dicha denuncia atiende a su influencia sobre la decisión del asunto de que se trate, lo cual no aplica a la referida prueba por cuanto, a través de la misma, no queda desvirtuado el hecho que la recurrente no respondió por el siniestro acaecido, justificando su decisión únicamente en el hecho de los documentos que no presentó el denunciante, no obstante que éste último manifestó las razones que le impidieron dar cumplimiento tempestivo a dicho requerimiento y entregó voluntariamente el vehículo de su propiedad a la empresa de seguros accionante una vez que ésta calificó el accidente como “Pérdida Total”. Así se establece.

Del vicio de Falso Supuesto de Hecho.

Respecto al vicio denunciado señaló que, distinto a lo observado en el señalado acto cuya nulidad demanda, el denunciante no fue tratado indebidamente “en cuanto a la indemnización del siniestro denunciado por lo siguiente: a) (...) conoció (...) las condiciones generales y particulares del contrato pactado desde el momento de la suscripción, b) (...) le fueron aceptadas todas las solicitudes de prórroga [que realizó] (...). Cabe destacar que en ninguna de las misivas recibidas mediante las cuales solicitó la extensión del plazo para entregar los recaudos, hizo mención alguna de las causas que le impedían cumplir con lo legalmente requerido” (Sic) (Negrillas del escrito, agregados y corchetes de la Sala).

Ahora bien, se observa que la representación en juicio de la Procuraduría General de la República solicitó se deseche el vicio a que se refiere este análisis toda vez que el mismo fue propuesto de manera conjunta con la inmotivación del acto, ello en atención al criterio sostenido por esta Sala en decisión N° 960 de fecha 14 de julio de 2011, por tanto, resulta pertinente efectuar las siguientes consideraciones preliminares.

Cuando la parte recurrente invoca conjuntamente la ausencia de motivación y el error en la apreciación de los hechos o en la aplicación de los fundamentos de derecho -vicio en la causa- dichos alegatos resultan por lo

general contradictorios, pues ambos se enervan entre sí, ya que cuando se aducen razones para destruir la apreciación de la Administración dentro del procedimiento formativo del acto, es porque se conocen sus motivos, de manera que resulta incompatible que, por un lado, se exprese que se desconocen los fundamentos del acto y por otro, se califique de errada tal fundamentación; de allí que la denuncia simultánea de los vicios de inmotivación y falso supuesto ha venido siendo desestimada por los órganos de la jurisdicción contencioso administrativa (Vid. entre otras, sentencia N° 02329 del 25 de octubre de 2006).



En el caso de autos, la representación judicial de la empresa actora indicó que el acto cuya nulidad pretende se encuentra incurso en los aludidos vicios toda vez que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), en su opinión silenció las pruebas promovidas en el decurso del procedimiento administrativo sancionatorio y por ello no valoró las defensas que expuso en esa oportunidad.

Siendo lo anterior así y tomando en cuenta que las razones expresadas por la parte actora no se corresponden con la ausencia absoluta de los argumentos que sustentan la Providencia objeto de impugnación, sino que por el contrario alegan que existe una motivación contradictoria respecto al análisis y evaluación del acervo probatorio lo cual consecuentemente causó el rechazo de las excepciones que opuso en sede administrativa, entonces no habría lugar a desestimar, en el presente caso, las denuncias de inmotivación y falso supuesto de hecho por su planteamiento simultáneo. Así se establece.

Hecha la precisión que antecede y a objeto de emitir un pronunciamiento sobre el vicio de falso supuesto de hecho alegado, éste órgano jurisdiccional, vista la revisión hecha al expediente administrativo, concretamente al acervo probatorio producido por las partes, cuya relación ya se encuentra detallada y analizada en el capítulo que antecede (todo lo cual se da aquí por reproducido), a juicio de la Sala no hay lugar a considerar que el

acto administrativo impugnado incurrió en el advertido vicio, toda vez que conforme fue anteriormente señalado, la empresa recurrente se excusó de dar cumplimiento a la indemnización pactada en la póliza de seguro únicamente con base en la presunta omisión del asegurado de presentar los documentos que le fueron requeridos, sin tener en cuenta que el mismo manifestó las razones que le impidieron dar cumplimiento oportuno a dicho pedimento así como que entregó el vehículo de su propiedad a la empresa aseguradora porque esta última calificó el accidente como “Pérdida Total”.

Por tales motivos debe la Sala desechar el argumento relativo al falso supuesto de hecho expuesto por el apoderado actor. Así se decide.

Del Falso Supuesto de Derecho.

Con relación a esta denuncia, expuso el apoderado judicial de la empresa accionante que entre los fundamentos en los cuales el Instituto recurrido basó su decisión, se encuentra el argumento referido a que la demandante no le prestó apoyo alguno al denunciante a fin que este obtuviera el citado Certificado de Registro de Vehículo de manera más rápida de parte de las autoridades competentes, tesis de la cual disiente toda vez que ello no era responsabilidad de su representada y por tal razón, considera que no resultaba aplicable al caso de autos la disposición contenida en el artículo 78 de Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios. Enfatizó en ese sentido que, la norma en comento no establece “que el proveedor de servicios sea solidariamente responsable por las actuaciones de cualesquiera personas naturales o jurídicas, de carácter público o privado que tengan algún tipo de relación con el usuario en trámites distintos a los propios del proveedor de servicios”, por cuanto su mandante “es una empresa del ramo asegurador, mientras que la institución que debe suministrar un documento al usuario es una Institución del Estado Venezolano (...) [por lo que] pretender que [esa] empresa aseguradora sea responsable por la emisión o no del documento supuestamente solicitado en tiempo oportuno al [antes denominado Servicio Autónomo de Trans-

porte y Tránsito Terrestre] es completamente ilógico” (Sic) (Agregados y corchetes de la Sala).

Así, visto lo antes indicado, resulta importante para la Sala reiterar que el vicio de falso supuesto se configura de dos maneras diferentes: la primera, relativa al falso supuesto de hecho, cuando la Administración al dictar un acto administrativo fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o no relacionados con el asunto objeto de decisión; la segunda, cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al dictar el acto para fundamentar su decisión los subsume en una norma errónea o inexistente en el universo normativo, lo cual incide decisivamente en la esfera de los derechos subjetivos del administrado; caso en el cual se está en presencia de un falso supuesto de derecho que acarrearía la anulabilidad del acto (Vid. sentencia de esta Sala N° 138 del 4 de febrero de 2009).

En ese sentido debe observarse lo dispuesto en el artículo 78 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, aplicable al caso *ratione temporis*, el cual establece:

“Artículo 78. Los proveedores de bienes y servicios, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, serán solidaria y concurrentemente responsables, tanto por los hechos propios como por los de sus dependientes o auxiliares, permanentes o circunstanciales, aun cuando no tengan con los mismos una relación laboral”.

La norma antes transcrita establece la responsabilidad de los proveedores de bienes y servicios por los hechos propios que cometan, la cual se hace extensible de forma solidaria y concurrente a sus dependientes y auxiliares, en cuanto al cumplimiento real y efectivo de lo pactado con los particulares con respecto a los servicios o bienes contratados o adquiridos. Ahora bien, advierte esta Sala que el fundamento con base en el cual fue dictado el acto recurrido atendió al hecho de la negativa de la empresa

recurrente en satisfacer el reclamo del denunciante en sede administrativa, tan es así que en su contenido se aprecia la indicación expresa que “la empresa identificada en autos es responsable de sus propios hechos, al no dar cumplimiento a sus obligaciones”.

La alusión (en el acto administrativo impugnado) a las infructuosas gestiones realizadas por el ciudadano Felipe Luis Herrera García ante el Servicio Autónomo de Tránsito y Transporte Terrestre (SETRA), hoy Instituto Nacional de Transporte y Tránsito Terrestre (INTTT) y la eventual participación de la empresa aseguradora en tales trámites, no fue hecha, a juicio de esta Sala, a título de identificarla como solidariamente responsable de la tardanza en la emisión del documento solicitado al mencionado denunciante, sino como apoyo al argumento de negativa injustificada previsto en el numeral 4 del artículo 16 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios.

En este sentido resulta necesario recordar que la Providencia cuya nulidad se demanda, además de establecer que la sociedad mercantil accionante incumplió con lo dispuesto en el aludido artículo 78, también determinó que la conducta desplegada contraviene el artículo 8, numerales 6, 17 y 18 eiusdem, referido a los derechos de las personas en relación a los bienes y servicios, tales como la reposición del bien o el resarcimiento del daño sufrido, la protección de los intereses individuales así como la disposición y disfrute de los bienes y servicios de forma continua, regular, eficaz, eficiente e ininterrumpida, lo cual no fue objeto de argumento en contrario por parte de la actora.

De allí que, conforme a lo precedentemente señalado, debe esta Sala desechár el argumento expuesto por el representante judicial de la recurrente. Así se decide.

En consideración a todo lo expuesto, al ser desvirtuadas las denuncias y los alegatos formulados por la parte recurrente, esta Sala debe declarar sin lugar la demanda de nulidad incoada y firme el acto administrativo impugnado. Así se establece.

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01539.

FECHA: 15 de diciembre de 2016.

PARTES: Seguros La Previsora contra el Ministerio del Poder Popular para la Industria y Comercio.

.....
**TEMA: DEDUCCIONES POR PENALIZACIÓN EN EL
CONTRATO DE SEGURO VEHICULAR**

Máxima: de un examen de las actas que integran el expediente administrativo, se advierte que las actuaciones correspondientes al levantamiento del mencionado accidente de tránsito al que se refiere el siniestro respecto al cual la recurrente sólo acordó indemnizar el setenta y cinco por ciento (75%), no se observa que la autoridad competente hubiere dejado constancia de la comisión de alguna infracción a la Ley de Tránsito por parte del asegurado. Siendo pertinente destacar que no resulta válido presumir (como lo pretende el asegurado) que en efecto se cometió alguna infracción, no obstante que tal conclusión no hubiere sido establecida por la autoridad competente.

EXTRACTO:

El procedimiento administrativo que derivó en la Resolución recurrida inició por denuncia presentada por el asegurado Jorge Rincón, quien indicó que mi mandante solo le había pagado el equivalente al 75% del costo de la reparación del vehículo asegurado. El hecho cierto es que mi representada aplicó la penalización impuesta en el artículo 10 del Condicionado General de la Póliza de Vehículos, que prevé la deducción del

25% del monto de la indemnización, pues se determinó que el asegurado infringió normas de circulación establecidas en la Ley de Tránsito y su Reglamento, según puede constatarse de las actuaciones levantadas por las autoridades administrativas del tránsito y las presunciones que de ellas pueden derivarse. Así las cosas, puede verificarse que dichas actuaciones revelaban que el señor Rincón no guardaba ni la distancia prudencial entre vehículos, ni el límite de velocidad requerido vistas las condiciones especiales de la vía, ya que se trataba de un cruce de vías con la presencia inmediata de un semáforo, lo que le hace obligatorio disminuir o detener el vehículo. En su declaración el asegurado refiere que “Siendo las 9:55 p.m. del sábado 15 de enero tomé la avenida Lecuna pasando el semáforo de la Av. Esquina Plaza Miranda y el vehículo Nubira Daewo de placa CB9-72-T de placa de alquiler me adelanté y antes de llegar al otro semáforo frena y no me da tiempo de esquivarlo causándole daños a mi carro en la parte delantera quedando inamovible hasta que [llegaron] los oficiales [de] tránsito”. (...). La versión del otro conductor señala “Me encontraba en la Avenida Lecuna estacionado en el semáforo que estaba en rojo y cuando de pronto un vehículo frenó en pavimento mojado causándome un choque por detrás” Todo lo anterior demuestra (...). 1. El tercero ya se había detenido en el semáforo, en atención a la luz roja. 2.-El asegurado no guardaba la distancia suficiente entre vehículos que le permitiera detenerse antes del impacto. -3. El asegurado circulaba a una velocidad mayor de la permitida para el tipo de vía y las condiciones especiales de la misma (lluvia, oscuridad, luz artificial), lo cual le impidió detener el vehículo. Con ello se materializó la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 153, 154, 255, 256, ordinal 7, todos del Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre. Luego, mi representada no hizo más que apegarse al contrato de seguros, en su cláusula 10, para aplicar la penalización, verificado como estaba el supuesto de hecho que le da sustento (...). (Sic) (Agregados de la Sala).

Las apoderadas judiciales de la sociedad mercantil C.N.A. de Seguros La Previsora, adujeron que la Resolución DM/ N° 410 de fecha 29 de diciembre de 2003, dictada por el entonces Ministro de la Producción y el Co-

mercio, es inmotivada al omitir “señalar donde están o en qué consisten los pretensos medios probatorios con los cuales dice comprobar, constatar o probar los hechos y las transgresiones que dice ocurridas (...)” e igualmente adujo que tampoco se “pronunció sobre cuál fue la conducta específica en la que [su] representada incurrió como para concluir que se había violado la obligación de respetar los términos, plazos, fechas, condiciones, modalidades, garantías, reservas o circunstancias ofrecidas o convenidas con el consumidor o el usuario para la entrega del bien” (...), y finalmente agregó que no se hizo “(...) referencia (...) a los medios de prueba con los cuales dice haber comprobado la conducta antijurídica de [su] representada (...)”. (Agregados de la Sala).

Ahora bien, con relación a la motivación de los actos administrativos, es oportuno destacar que se trata de un requisito esencial para su validez y consiste en la expresión de las razones de hecho y los fundamentos jurídicos de la decisión. En tal sentido se ha expresado esta Sala en reiterada jurisprudencia, siendo pertinente la cita de la sentencia N° 00415, de fecha 05 de marzo de 2002, en la que fue señalado lo siguiente:

“(...) En lo referente a la falta de motivación del acto administrativo, observa que el vicio de inmotivación del acto se tipifica tan sólo en los casos en los cuales está ausente la determinación prevista en el artículo 9 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, esto es, cuando no se expresan ni las razones de hecho, ni las razones jurídicas, ni puede deducirse la presencia de tales elementos del contexto general del acto. En consecuencia, es evidente que el sentido al cual alude el legislador es el de exigir la determinación de las circunstancias (hechos) que puedan subsumirse (supuestos jurídicos) en las normas expresas para configurar la motivación. Esta Sala ha establecido con relación a la motivación de los actos administrativos lo siguiente: (...) Al respecto cabe señalar que la motivación del acto atiende a dos circunstancias: la referencia a los hechos y la indicación de los fundamentos legales en que se basa la Administración, es decir, su justificación fáctica y jurídica, lo

que constituye un elemento sustancial para la validez del acto, ya que la ausencia de causa o fundamentos abre amplio campo para el arbitrio del funcionario, pues en tal situación jamás podrán los administrados saber por qué se les priva de sus derechos o se les sanciona. Corolario de lo anotado es que la motivación del acto permite el control jurisdiccional sobre la exactitud de los motivos, constituyéndose en garantía de los derechos de los administrados. Además, cabe advertir que la motivación del acto, no implica un minucioso y completo raciocinio de cada una de las normas que le sirven de fundamento al proveimiento, pues basta que pueda inferirse del texto los fundamentos legales y los supuestos de hecho que constituyeron los motivos en que se apoyó la Administración para decidir. En fin no se trata de una exposición rigurosamente analítica o de expresar cada uno de los datos o de los argumentos en que se funda de una manera extensa y discriminada, puesto se ha llegado a considerar suficientemente motivada una resolución cuando ha sido expedida en base a hechos, datos o cifras ciertas que consten de manera expresa en el expediente o incluso, cuando la motivación aparezca del mismo expediente administrativo, siempre por supuesto, que el destinatario del acto haya tenido el necesario acceso a tales elementos. Así pues, que la inmotivación como vicio de forma de los actos administrativos, consiste en la ausencia absoluta de motivación; más no aquélla que contenga los elementos principales del asunto debatido y su principal fundamentación legal, lo cual garantiza al interesado el conocimiento del juicio que sirvió de fundamento para la decisión. De manera, que cuando a pesar de ser sucinta permite conocer la fuente legal, así como las razones y hechos apreciados por el funcionario, la motivación debe reputarse como suficiente. En suma, a lo anterior, hay inmotivación ante un incumplimiento total de la Administración de señalar las razones que tuvo en cuenta para resolver, en cambio, no hay inmotivación cuando el interesado, los órganos administrativos o jurisdiccionales al revisar la decisión, pueden colegir cuáles son las normas y hechos que sirvieron de fundamento de la decisión.

Luego, si es posible hacer estas determinaciones, no puede, ciertamente, hablarse de ausencia de fundamentación del acto...”. (Vid. Sentencia N° 318 del 7 de marzo de 2001, caso: Elsa Ramírez de Ramos) (...). ”.

Ahora bien, circunscribiendo el análisis al caso y de un examen de la Resolución DM/ N° 410 de fecha 29 de diciembre de 2003, dictada por el entonces Ministro de la Producción y el Comercio, mediante la cual se declaró sin lugar el recurso jerárquico interpuesto por la recurrente y se confirmó la decisión dictada por el Consejo Directivo del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), se evidencia que se realizó un análisis de los alegatos esgrimidos por la actora, desechándolos con una adecuada y suficiente fundamentación. En efecto con relación al alegato de incompetencia del mencionado Instituto, y luego de citar el contenido de los artículos 7, 86 y 95 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, declaró: “(...) De la interpretación de las disposiciones transcritas se evidencia palmariamente la competencia del INDECU para conocer y decidir sobre el caso de marras, por tanto, tampoco puede considerarse que hubo extralimitación (...)”.

Por otra parte y con relación al alegato que formuló la recurrente referido a que la decisión dictada por el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), es a su vez inmotivada, la Resolución recurrida, declaró: “este Despacho desestima tal argumentación ya que en dicha decisión le fueron señalados fehacientemente los presupuestos que sirvieron de base y fundamento al INDECU para adoptar la decisión recurrida, indicándosele en la misma una relación sucinta de los hechos y sus fundamentos legales, los cuales se traducen en causa y base legal del acto (...) la Administración (...) probó adecuadamente los hechos que ocasionaron la apertura del procedimiento administrativo (...) expresando formalmente los supuestos del hecho del acto y señalando los elementos de convicción que tuvo para dictar la decisión recurrida (...)”.

Adicionalmente a juicio de esta Sala resulta oportuno destacar, que en la

Providencia Administrativa dictada por el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), en fecha 13 de marzo de 2001 (acto primigenio), fue señalado lo siguiente:

“(…) En cuanto a la declaración suministrada por el compareciente de autos, es criterio de este Despacho desestimarla toda vez que la empresa (...) alega que se evidencian infracciones cometidas a la Normativa de Tránsito Terrestre, pero es el caso que en el reporte de accidente por ellos consignado tanto en el renglón [identificado como] infracciones observadas por el vigilante como en el renglón de las infracciones verificadas por señales demarcaciones semáforos no consta ningún tipo de observación al respecto. En consecuencia, se evidencia que en el establecimiento de autos se incurrió en hechos o circunstancias violatorias del Artículo 15 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, toda vez que la empresa de autos no indemnizó en su totalidad al asegurado (...) Así mismo, se puede evidenciar (...) que en las observaciones hechas por la Dirección General Sectorial de Transporte Terrestre (...) solo señalan Choque Simple (...)”. (Agregado de la Sala).

Conforme se advierte del contenido de la Providencia anteriormente citada (acto primigenio posteriormente confirmado al resolver el recurso jerárquico), se aprecia con meridiana claridad, cuál fue el hecho irregular que se imputa al recurrente, a saber, aplicar una penalidad al asegurado con base en la supuesta infracción de las normas contenidas en la Ley de Tránsito, no obstante que del examen de las actuaciones relativas al levantamiento del accidente de tránsito, no fue señalado que dicha transgresión hubiese ocurrido.

En efecto y de un examen de las actas que integran el expediente administrativo, advierte esta Sala, que las actuaciones correspondientes al levantamiento del mencionado accidente de tránsito al que se refiere el siniestro respecto al cual la recurrente sólo acordó indemnizar el setenta y cinco por ciento (75%), no se observa que la autoridad competente hubiere

dejado constancia de la comisión de alguna infracción a la Ley de Tránsito por parte del ciudadano Jorge Rincón. Siendo pertinente destacar que no resulta válido presumir (como lo pretende la recurrente) que en efecto se cometió alguna infracción, no obstante que tal conclusión no hubiere sido establecida por la autoridad competente.

Por lo tanto y con base en las precedentes razones, esta Sala desecha los alegatos y argumentos propuestos por el recurrente en relación a la falta de motivación del acto administrativo recurrido. Así se decide.

• • • • •

2017



TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00033.

FECHA: 02 de febrero de 2017.

PARTES: Proseguros, S.A., contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional Para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE).

• • • • •
**TEMA: DERECHO A LA DEFENSA DE LAS EMPRESAS
ASEGURADORAS**

Máxima: la representación judicial de la empresa aseguradora debía dirigir su defensa a convencer al órgano sancionador del correcto cumplimiento de las normas que regulan y protegen los derechos de las personas en el acceso a los bienes y servicios. De modo que establecer una posible responsabilidad basada en una norma u otra de las previstas en la ley (dentro del mismo espectro jurídico), no modifica los hechos que originaron la apertura del procedimiento y la posterior sanción, toda vez que, en el caso concreto, la empresa demandante tuvo conocimiento de los hechos que se le imputaron y la oportunidad de presentar las defensas que estimó convenientes, razón por la cual debe desestimarse la denuncia relativa a la violación del derecho a la información alegada.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala Político-Administrativa pronunciarse sobre la demanda de nulidad interpuesta por la representación judicial de la sociedad mercantil Proseguros, S.A., contra el acto denegatorio tácito en que incurrió el Ministro del Poder Popular para el Comercio, al no haber dado respuesta al recurso jerárquico ejercido en fecha 3 de noviembre de 2011,

contra el acto administrativo dictado el 19 de septiembre de 2011, por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE), y, al respecto, observa:
Violación del derecho al debido proceso y a la defensa.

La apoderada judicial de la recurrente denunció que operó la caducidad del procedimiento administrativo, dado que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) incumplió el lapso de decisión y notificación del acto, es decir, que transcurrió “más de un año después de vencido el lapso legal de decisión y notificación”

En lo atinente a la denuncia en cuestión, debe advertirse que esta Sala Político Administrativa ha establecido de manera reiterada, que los derechos a la defensa y al debido proceso, consagrados en el artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, implican el derecho a ser oído u oída; el derecho a ser notificado o notificada de la decisión administrativa a los fines de que el imputado o la imputada pueda presentar al procedimiento los alegatos que estime pertinentes en su defensa; el derecho a tener acceso al expediente, con el propósito de examinar en cualquier estado del procedimiento las actas que lo componen; así como el derecho a presentar pruebas que permitan desvirtuar los alegatos esgrimidos por la Administración; el derecho a ser informado o informada de los recursos y medios de defensa; y, finalmente, el derecho a recibir oportuna respuesta a sus solicitudes. (Vid. entre otras, sentencias Nros. 69, del 30 de enero de 2013, caso: Ferreglobal, C.A.).

Para resolver el argumento esgrimido por la representación judicial de la empresa aseguradora es oportuno traer a colación el contenido de los artículos 60 y 61 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, los cuales son del tenor siguiente:

“Artículo 60. La tramitación y resolución de los expedientes no podrá exceder de cuatro (4) meses, salvo que medien causas excep-

cionales, de cuya existencia se dejará constancia, con indicación de la prórroga que se acuerde.

La prórroga o prórrogas no podrán exceder, en su conjunto, de dos (2) meses”.

“Artículo 61. El término indicado en el artículo anterior correrá a partir del día siguiente del recibo de la solicitud o instancia del interesado o a la notificación a éste, cuando el procedimiento se hubiera iniciado de oficio”.

De las normas transcritas se deriva que por regla general los procedimientos administrativos no podrán exceder de cuatro (4) meses, salvo que medien circunstancias excepcionales, es decir, a menos que el asunto concreto amerite un tiempo mayor, caso en el cual, la Administración mediante auto motivado, otorgará prórrogas que no podrán exceder de dos (2) meses.

No obstante, lo anterior, esta Sala Político-Administrativa se ha pronunciado en relación al cumplimiento de los lapsos en el procedimiento administrativo a través de las sentencias Nros. 01505 y 000054 de fecha 18 de julio 2001 y ratificada el 21 de enero de 2009, caso: Depositaria Judicial Monay, C.A., en la cual se expresó lo siguiente:

“(...) esta actuación que se imputa a la Administración no constituye por sí sola, en principio, un vicio que afecte directamente la validez del acto administrativo y por tanto no implica la nulidad del mismo.

El retardo de la Administración en producir decisiones acarrea, en todo caso, la responsabilidad del funcionario llamado a resolver el asunto en cuestión, pues el mismo, ciertamente, transgrede el contenido del artículo 41 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, conforme al cual las autoridades y funcionarios competentes deben observar los términos y plazos legalmente establecidos, para el despacho de los asuntos sometidos a su con-

sideración. Esta responsabilidad, tanto de los funcionarios como de las demás personas que presten servicios en la Administración Pública, se encuentra expresamente consagrada en los artículos 3 y 100 eiusdem.

Una denuncia como la que aquí se examina, sólo prosperaría en caso de que el retardo constituya un menoscabo a los derechos e intereses del particular, cuestión que no ha sido esgrimida en el caso de autos, resultando por tanto infundado el presente alegato. Así se declara. (...). (Destacado del original).

Atendiendo a lo anterior, considera este Alto Tribunal que el retardo en decidir el procedimiento administrativo no comportó la prescindencia total y absoluta del mismo, aunado al hecho de que tal retraso no vulneró el derecho a la defensa de la sociedad mercantil Proseguros, C.A., cuya representación judicial, fue debidamente notificada de la Providencia Administrativa, dándosele la oportunidad de ejercer los recursos administrativos y judiciales correspondientes, razón por la cual debe desestimarse la denuncia formulada en ese sentido. Así se declara.

De otra parte y con relación a la denuncia de violación al derecho al debido proceso y a la defensa, la representación judicial de la demandante señaló que la Administración nunca indicó los hechos específicos que podrían representar la supuesta violación a las normas contenidas en la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, es decir, se le vulneró el derecho a ser informado de la acusación.

Para resolver el argumento planteado se observa del acto administrativo impugnado lo siguiente:

- 1.- La representación de la sociedad mercantil Proseguros, S.A. estuvo presente en el acto de formulación de cargos.
- 2.- El 1° de septiembre de 2010, se celebró la audiencia de descargo, en la que se dejó constancia de la comparecencia “de la representante de la de-

nunciada PROSEGUROS C.A la ciudadana TORRES MARQUEZ MILAGROS JOSEFINA (...) QUIEN EN ESTE ACTO EXPONE: CONSIGNO EN ESTE ACTO ESCRITO DE DESCARGO CONTENTIVO DE (2) FOLIOS ÚTILES, RESERVANDOME LA PRESENTACIÓN DE LAS PRUEBAS PARA LA OPORTUNIDAD LEGAL ESTABLECIDA”. (Mayúsculas de la cita), (sic).

3.- Asimismo, la parte accionante participó activamente en el lapso probatorio, al consignar en fecha 3 de septiembre de 2010, escrito de pruebas de treinta y nueve (39) folios.

Así las cosas, considera este Máximo Tribunal, que la representación judicial de la empresa aseguradora debía dirigir su defensa a convencer al órgano sancionador del correcto cumplimiento de las normas que regulan y protegen los derechos de las personas en el acceso a los bienes y servicios. De modo que establecer una posible responsabilidad basada en una norma u otra de las previstas en la ley (dentro del mismo espectro jurídico), no modifica los hechos que originaron la apertura del procedimiento y la posterior sanción, toda vez que, en el caso concreto, la empresa demandante tuvo conocimiento de los hechos que se le imputaron y la oportunidad de presentar las defensas que estimó convenientes, razón por la cual debe desestimarse la denuncia relativa a la violación del derecho a la información alegada (Vid. entre otras, sentencia número 00348 del 5 de abril de 2016). Así se decide.

De la inexistencia de la tipicidad de la sanción y, por ende, del elemento de culpabilidad.

En relación a esta denuncia, sostiene la parte actora que las normas aplicadas no establecen la supuesta conducta ilícita imputada, consistente en la indemnización parcial del siniestro sobre la base de cláusulas contractuales, perfectamente válidas entre las partes; que no se encuentra satisfecha la exigencia constitucional de ley cierta que prevea la conducta ilícita, que “Tampoco puede imputarse que se hubiese puesto en peligro en su salud o en su seguridad al reclamante o que la empresa esté eludiendo el compromiso asumido por un empleado”.

Para resolver el argumento se observa que en el acto administrativo se señaló que era responsabilidad de Proseguros, S.A. garantizar la promoción y protección de los intereses económicos de los asegurados, en reconocimiento de su condición de débil jurídico y que la mencionada empresa había incumplido con su obligación de pagar en el plazo de los 30 días hábiles contados a partir de la fecha en que el denunciante entregó todos los requisitos para el pago del siniestro ante la empresa denunciada.

En ese sentido, la Administración consideró infringido el artículo 78 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, el cual establece la responsabilidad del proveedor o proveedora de un servicio, -en este caso- en materia de seguros, por el hecho de haber incumplido con las condiciones que como prestador de servicio había garantizado al usuario o usuaria, quedando en evidencia la presencia del elemento culpabilidad en el caso concreto, razón por la cual se desecha la denuncia esgrimida por la demandante. Así se establece.

.....

TEMA: COMPETENCIAS DEL OTRO INSTITUTO PARA LA DEFENSA DE LAS PERSONAS EN EL ACCESO A LOS BIENES Y SERVICIOS (INDEPABIS)

Máxima: la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dio por concluido el procedimiento administrativo iniciado con ocasión de la denuncia formulada ante ese organismo contra la demandante y ordenó el archivo del expediente, por cuanto no existieron méritos para la apertura de una averiguación administrativa; en razón de lo cual, el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) podía determinar la existencia de una infracción a una normativa diferente que le otorga competencia para actuar y, con base en ella, imponer la sanción de multa impugna-

da; más aún cuando en la aludida Providencia la mencionada Superintendencia no emitió pronunciamiento alguno sobre el fondo de lo debatido.

EXTRACTO:

Falso supuesto de hecho y de derecho.

Esta denuncia la sustenta la representación judicial de la parte demandante en que su representada actuó responsablemente al verificar que el conductor del vehículo asegurado no cumplió con mantener vigente los documentos que lo acreditaban y lo habilitaban para conducir un vehículo de transporte público; que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) desestimó la prueba presentada en el escrito de pruebas en fecha 6 de julio de 2010, negando con ello el valor probatorio del acto conciliatorio llevado a cabo ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora el 20 de agosto de 2009; que no se tomó en consideración que el pago no se entregó en el lapso establecido en la Ley debido a que el asegurado se negaba a recibir el cheque.

De igual manera, la representación judicial de la parte actora indica que hubo violación de lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, ya que en el acto recurrido se determinó que su representada no prestó el servicio en forma continua, regular y eficiente, siendo que “la empresa de seguros al momento de la notificación del siniestro abre la reserva, que constituye una posibilidad o no de pago, por la cantidad que pudiera verse obligada a pagar; esta reserva es ajustada al momento que se conocen los detalles de ocurrencia del siniestro, lo cual se produce cuando se consignan las actuaciones de tránsito (...) y se efectúa el avalúo de los daños por parte de los peritos contratados por la empresa. Es luego de esto que la empresa define el monto a pagar”.

6.1. Con relación a la denuncia de falso supuesto de hecho, se obser-

va que la sociedad mercantil Proseguros, S.A. alegó que hubo incumplimiento de las normas de circulación establecidas en la Ley de Tránsito y Transporte Terrestre o en su Reglamento, motivo por el cual aplicó una penalización en el pago de la indemnización al asegurado, sin embargo, advierte esta Sala Político Administrativa que, ciertamente, como lo sostuvo el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), no consta en autos la certificación emitida por la autoridad administrativa competente acerca de la infracción cometida por el asegurado, muy por el contrario, se dejó constancia que no se observó infracción (folios 68 y 69 del expediente administrativo) y la empresa Proseguros S.A. carecía de competencia para su determinación.

Tampoco se evidencia de autos que el retardo en el pago del siniestro al asegurado se haya debido a su negativa.

En ese mismo contexto, esta instancia jurisdiccional observa que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dio por concluido el procedimiento administrativo iniciado con ocasión de la denuncia formulada ante ese organismo contra la demandante y ordenó el archivo del expediente, por cuanto no existieron méritos para la apertura de una averiguación administrativa; en razón de lo cual, el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) podía determinar la existencia de una infracción a una normativa diferente que le otorga competencia para actuar y, con base en ella, imponer la sanción de multa impugnada; más aún cuando en la aludida Providencia la mencionada Superintendencia no emitió pronunciamiento alguno sobre el fondo de lo debatido.

6.2. Con respecto la denuncia de falso supuesto de derecho, se advierte que el artículo 18 eiusdem dispone:

“Artículo 18. Todo proveedor o proveedora de bienes y servicios estará obligado a respetar los términos, plazos, fechas, condiciones, modalidades, garantías, reservas y demás circunstancias conforme

a las cuales hayan sido ofrecidos, publicitados o convenidos con las personas para la entrega o la prestación del servicio (...).

En el caso de autos, la sanción fue impuesta a la hoy accionante en virtud de que no acató el contenido de la norma citada, al incumplir con la obligación de pagar el siniestro ocurrido el 20 de abril de 2009 en el lapso de treinta (30) días contados a partir del momento en que el denunciante consignó los requisitos a la empresa denunciada (21 de ese mismo mes y año), según lo disponía el contrato suscrito entre las partes (Cláusula 12).

Siendo ello así, resulta forzoso desestimar el alegato del vicio de falso supuesto de hecho y de derecho. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.000259.

FECHA: 08 de mayo de 2017.

PARTES: Inversiones Footwear 1010, C.A. y otra contra C.N.A. Seguros La Previsora.

.....

**TEMA: DAÑO MORAL COMO CONSECUENCIA DEL
RETARDO EN EL PAGO DEL SINIESTRO**

Máxima: la recurrida sí esgrimió las razones de hecho y derecho por las cuales declaró procedente el daño moral, fundamentándose en el caudal probatorio tendente a demostrar la ocurrencia del siniestro y las condiciones y circunstancias en que éste se produjo, desprendiéndose de ello que el hecho generador como requisito sine qua non del daño moral, consistía en la tardanza en el rechazo de la reclamación de indemnización por parte de la aseguradora.

EXTRACTO:

Alega el formalizante que la decisión recurrida adolece de los vicios de incongruencia e inmotivación, al condenar el pago de daño moral, sin existir los elementos concurrentes necesarios para el establecimiento del daño moral que se derive de la culpa de C.N.A. DE SEGUROS LA PREVISORA.

En ese mismo sentido, alega el recurrente que el juez de alzada estableció como responsabilidad del demandado, el hecho de que el vigilante desapareció del sitio, lo cual debió ser valorado para exonerar de responsabilidad a C.N.A. de Seguros La Previsora y no para imponérsela.

De la transcripción de la denuncia, se verifica que el formalizante acusa la infracción del ordinal 5° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil, el cual contiene el vicio de incongruencia negativa, sin embargo, los fundamentos expuestos se desprenden que lo denunciado es el vicio de inmotivación del fallo, por lo que se desestima el referido ordinal denunciado por falta de fundamentación, y se pasa al análisis de la misma por infracción del ordinal 4° del artículo 243 eiusdem.

Ahora bien, con relación al vicio de inmotivación en el fallo, esta Sala de Casación Civil, entre otras decisiones, mediante sentencia número 58 de fecha 8 de febrero de 2012, caso: La Liberal C.A., contra Antonia María Barrios y Otros, expresó lo siguiente:

“la Sala ha expresado que “...el vicio de inmotivación en el fallo, consiste en la falta absoluta de fundamentos y no cuando los mismos son escasos o exigüos con lo cual no debe confundirse. También ha sostenido la Sala en repetidas ocasiones que la falta absoluta de motivos puede asumir varias modalidades: a) Que la sentencia no presente materialmente ningún razonamiento. b) Que las razones dadas por el sentenciador no guarden relación alguna con la acción o la excepción y deben tenerse por inexistentes ju-

rídicamente. c) Que los motivos se destruyan los unos a los otros por contradicciones graves e irreconciliables y, d) Que todos los motivos sean falsos...”.

De conformidad con lo anteriormente transcrito, la falta absoluta de fundamentos que sustenten el dispositivo del fallo configura el vicio de inmotivación, no cuando son escasos o exiguos, vicio que puede asumir distintas modalidades, dependiendo de si trata de una ausencia material de razonamientos; o de razones que por no guardar relación con la acción o la excepción deben tenerse por inexistentes jurídicamente; o si se trata de motivos contradictorios los unos con los otros, o cuando son falsos.

En este sentido, una sentencia correctamente motivada permite a las partes conocer el criterio que usó el juez para resolver la controversia sometida a su conocimiento y, en consecuencia, de considerar que la decisión fue dictada de forma arbitraria o no ajustada al ordenamiento jurídico, puede ejercer su control legal posterior.

Ahora bien, con el objeto de verificar que la decisión recurrida adolece del vicio denunciado por el formalizante, es pertinente transcribir parcialmente su contenido. En este sentido, el juez de alzada estableció lo siguiente:

“Como segundo punto esgrimido por la aseguradora La Previsora para negar la indemnización del siniestro tenemos que: (ii) se incumplió con lo establecido en la Cláusula N° 4 numeral 4.2, literal d) del Condicionado de la Póliza de Robo. Dicha cláusula establece:

Cláusula N° 4

Esta póliza no cubre:

(Omissis)

4.2 Pérdida o daño causado directa o indirectamente por o atribuible a:

(Omissis)

d) Negligencia manifiesta de la persona o personas encargadas de la custodia de los bienes asegurados.

Es menester destacar, que hasta la fecha no cursan a las actas procesales información alguna respecto al vigilante que para el momento del siniestro se encontraba en las instalaciones de las aseguradas, el cual se encuentra desaparecido. Entonces nos encontramos con un alegato de difícil determinación por parte de la demandada, pues, como poder establecer la negligencia de una persona, si de la misma se desconoce su paradero.

Se permite esta Juzgadora recordar en esta etapa del proceso, el Principio Cardinal en materia procesal, el llamado Principio Dispositivo, contenido en el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, aquél conforme el cual el Juez debe decidir de acuerdo a lo alegado y probado en autos por las partes que integran el presente proceso judicial, sin que pueda sacar elementos de convicción fuera de éstos, ni suplir excepciones o argumentos de hechos no alegados ni probados. El referido precepto, establece los límites del oficio del Juez, pues no puede existir otra verdad que la que resulta de los alegatos y actividad probatoria de las partes, debiendo en consecuencia atenerse a estos alegatos para decidir.

En este sentido, al no sustentar la C.N.A. de Seguros La Previsora, con elementos probatorios que afirmen sus alegatos en este supuesto, considera esta Alzada que no hay méritos suficientes para oponerle a las aseguradas el contenido de la cláusula N° 4 de la referida póliza de Robo, es decir, no puede la aseguradora dejar de cumplir con su obligación de indemnizar a la asegurada hasta el monto cubierto por la póliza de seguro, pues el hecho de que el vigilante se encuentre (sic) desaparecido no exime la obligación contractual pactada, referida a la indemnización que genera precisamente el hecho delictivo cometido el día 14.05.2001. Y ASÍ SE DECIDE.

“Omissis”

Del Daño moral.

La parte actora reclama daño moral causado, atentado contra su reputación frente a clientes y proveedores, puesto que el desequilibrio económico que ocasionó la negligencia por parte de la empresa Seguros La Previsora, C.A., al no haber dado respuesta sobre el siniestro y después al haberlo hecho de forma negativa un año más tarde, trajo como consecuencia que no cumplieran con sus obligaciones en los términos estipulados para con los terceros con los cuales se relacionan comercialmente, dejando en muchos casos su nombre y la reputación en entredicho, causándoles obviamente lesiones de índole moral.

Ahora bien, en general, la doctrina y la jurisprudencia se inclinan por dejar al Juez amplias facultades para la apreciación y estimación del daño moral, es decir, es a discreción y prudencia del Juez la calificación, extensión y cuantía de los daños morales, todo, en aras de garantizarle la tutela constitucional del honor de las personas.

La Jurisprudencia de nuestro Máximo Tribunal en Sala de Casación Civil, es pacífica, copiosa y reiterada al referirse al daño moral, y por ello cabe citar sentencia del 10 de agosto de 2000, en la que se dejó sentado que:

(Omissis)

Una nota característica de la responsabilidad civil por hecho propio, es la intervención directa del demandado en la producción del daño, la absoluta identidad entre la persona que causa el perjuicio y la que está obligado a resarcirlo, en el sentido de que el civilmente responsable es el propio agente material del daño.

El principio atinente a la responsabilidad civil por hecho propio se encuentra en el artículo 1.185 del Código Civil, cuando expresa: (el que, con intención, o por negligencia o por imprudencia, ha causado un daño a otro, está obligado a repararlo).

De la citada disposición legal se infiere que, no es suficiente que el individuo sufra un daño, sino que es necesario que el daño provenga de un hecho doloso o culpable, -intención, negligencia e imprudencia, dice el legislador-, ya que, si el daño no se puede atribuir al agente, no hay obligación de responder. Elementos estos a los que hay que agregar la relación de causa a efecto entre la culpa y el daño.

El artículo 1.196 del Código Civil, dispone:

(Omissis)

Esta disposición legal introducida en el Código Civil de 1942, establece la obligación de reparar tanto el daño material como el moral, pero faculta al Juez a acordar una indemnización a la víctima en caso de atentado al honor, a su reputación o los de su familia a su libertad personal, como también en caso de violación de su domicilio o de un secreto concerniente a la parte lesionada. También puede conceder una indemnización a los parientes, afines o cónyuges como reparación del dolor sufrido en caso de muerte de la víctima.

El daño moral es considerado un daño no contractual, ya que se produce únicamente en el caso causado por el hecho ilícito. En estos casos para la reposición del daño moral, la víctima tiene que probar el daño material causado para que pueda establecer la relación de causalidad entre el agente material del daño y la víctima. Por esta razón el daño moral está exento de prueba.

En el derecho patrio el Código Civil, contempla igualmente una disposición que es el artículo 1.274 que dice:

(Omissis)

De la lectura de los criterios legales y jurisprudenciales antes transcritos se desprende lo siguiente:

1.- En cuanto a la importancia del daño: El daño causado se encuentra representado en el caso de autos, en la pérdida de la mercancía que fue robada, y las ganancias que hubiesen significado su

comercialización en el mercado, lo cual trajo como consecuencia un desequilibrio en las funciones diarias de las compañías y un incumplimiento de las obligaciones para con sus proveedores en los términos que se venían haciendo desde hacía muchos años.

Todo ello con una repercusión evidente en la credibilidad de las Sociedades Mercantiles Inversiones Footwear 1010, C.A. e Importadora Blue Sky Internacional, C.A., toda vez que se vió obligada a modificar considerablemente las políticas de pago a sus proveedores extranjeros, lo cual tuvo repercusiones al momento de solicitar créditos a dichos proveedores en los mismos términos en que lo venían haciendo por años, ya que la disponibilidad de dinero de las empresas habían disminuido considerablemente, con motivo del desequilibrio económico ocasionado por el incumplimiento de indemnización de la C.N.A de Seguros La Previsora, por lo tanto en el presente asunto, se cumple este requisito. ASÍ SE DECIDE.

De la sentencia recurrida parcialmente transcrita, se observa que el juez superior luego del análisis de las pruebas aportadas a los autos y, con base en la jurisprudencia de esta Sala, declaró que se evidenciaron los hechos ocurridos en el siniestro de fecha 14 de mayo de 2001, donde fueron sustraídas mercancías de los depósitos de la empresa INVERSIONES FOOTWEAR 1010 C.A., donde luego de realizada la denuncia se había procedido a dar aviso formal a la Compañía Nacional Anónima SEGUROS LA PREVISORA, a través de la empresa GENESIS CORRETAJE DE SEGUROS, limitaron el libre ejercicio de la actividad comercial que estas realizaban, sin duda alguna representa un alto sufrimiento para sus representantes legales y miembros accionistas al momento de dar cumplimiento a las obligaciones que tienen que ver con la labor que estos realiza.

Que la compañía de seguros se tardó quince (15) meses luego del siniestro, para rechazar el reclamo de indemnización de la póliza de robo solicitada por las demandantes, con base en que el siniestro fue tipificado como hurto, siendo dicha apreciación de la aseguradora errónea, toda vez que la Inspección Ocular N° 118 realizada por el Cuerpo Técnico de Policía

Judicial, Control de Investigación Delegación, estableció que existieron signos de violencia en las puertas y entradas del establecimiento.

Siendo ello así, esta Sala estima que contrario a lo señalado por el formalizante, la recurrida sí esgrimió las razones de hecho y derecho por las cuales declaró procedente el daño moral, fundamentándose en el caudal probatorio tendente a demostrar la ocurrencia del siniestro y las condiciones y circunstancias en que éste se produjo, desprendiéndose de ello que el hecho generador del daño como requisito *sine qua non* del daño moral, consistía en la tardanza en el rechazo de la reclamación de indemnización por parte de la aseguradora, pues tuvo repercusión en la credibilidad de las Sociedades Mercantiles Inversiones Footwear 1010, C.A. e Importadora Blue Sky Internacional, C.A., en razón del desequilibrio económico, modificando las políticas de pago a los proveedores extranjeros, lo cual influyó al momento de solicitar créditos a los proveedores.

Conforme a los razonamientos expuestos, la Sala considera que de la transcripción de la recurrida se demuestra que la juez superior, aportó los motivos de hecho y de derecho que apoyan lo decidido en relación con las pretensiones de las demandantes, subsumiendo acertadamente los hechos en las normas jurídicas que los prevén, mediante un enlace lógico de la situación particular y concreta con la previsión abstracta contemplada en la ley. Con lo cual queda cumplido el requisito de la motivación contemplado en el ordinal 4º del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil, permitiendo así el control de la legalidad del fallo.

Ahora bien, con relación al abogado referido a la ausencia del vigilante al momento del hurto, el juez precisó que ello no obstaba para que la parte demandada cumpliera con su obligación de cumplir con el contrato de seguros, lo que evidencia que el juez no incurrió en omisión de pronunciamiento con respecto al citado alegato.

En virtud de las consideraciones antes expuestas, se declara improcedente la denuncia planteada. Así se establece.

..... •
**TEMA: CADUCIDAD DE LA ACCION JUDICIAL EN
CONTRATOS DE SEGURO**

Máxima: el lapso de prescripción o de caducidad de la acción se debe computar conforme a la ley vigente para la fecha en que ocurrieron los hechos, es decir, el lapso de caducidad previsto en el artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguro publicada en fecha 12 de noviembre de 2001, comienza a computarse a partir de la fecha "... de rechazo de cualquier reclamación...", es pues la fecha de rechazo de la reclamación, y no la ocurrencia del siniestro el hecho que da partida al lapso de caducidad.

Máxima: la falta de aplicación por el juzgador de la cláusula N° 9 de las Condiciones Generales de la Póliza de Robo, el cual prevé el lapso de seis (6) meses de caducidad a partir del rechazó de la reclamación, se constató de la transcripción de la sentencia recurrida que el juez superior la desestimó con fundamento en el artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguro, ya que la norma legal transcrita otorga un lapso de tiempo mayor al previsto en la cláusula contractual -cláusula 9°- lo que constituye un beneficio, y coadyuva a la protección de los derechos del asegurado.

EXTRACTO:

Con fundamento en el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, se acusa la infracción por la recurrida del artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguro, por aplicación de una norma legal no vigente, y los artículos 1 y 3 del Código Civil, por falta de aplicación, así como la falsa aplicación del artículo 6 eiusdem.

El formalizante se fundamenta en lo siguiente:

En efecto, al estar plenamente probado y establecido en autos que el siniestro ocurrió en fecha 14-05-2000; que en esta misma fecha la asegurada notifico del siniestro a la aseguradora y presentó el respectivo reclamo que fue en fecha 12-08-2002 cuando la C.N.A. DE SEGUROS LA PREVISORA dio contestación al reclamo rechazándolo y que fue en fecha 25 de julio de 2003 cuando las aseguradas, INVERSIONES FOOTWEAR 1010, C.A. e IMPORTADORA BLUE SKY INTERNACIONAL, C.A. presentaron la demanda por ante el tribunal competente, la ciudadana jueza ad quem debió determinar, clara e inequívocamente, que la demanda fue incoada, por un lado, después de transcurrido más de once (11) meses contados desde la fecha en que fue rechazado el reclamo y por otro lado que dicha demanda fue interpuesta después de transcurridos dos (2) años y dos (2) meses desde la fecha en que ocurrió el siniestro (14-05-2001), de donde debió extraer, a su vez que la demanda fue presentada después de vencido el lapso de caducidad de seis (6) meses contado a partir de la fecha del rechazo, y después de vencido el lapso de caducidad de un (1) año contado a partir de la fecha del siniestro, establecidos ambos en la cláusula 9 de la Condiciones Generales de la Póliza, (condiciones generales estas que rielan al folio 97 del expediente y fueron aceptadas por ambas partes en este procedimiento), para que el asegurado pueda reclamar judicialmente los derechos derivados de la póliza, so pena que dichos derechos caduquen por lo que, en aplicación de dicha clausula, debió declarar procedente la excepción perentoria opuesta por la demandada y en consecuencia declarar SIN LUGAR la demanda. Todo ello bajo la consideración de que las Condiciones Generales de la Póliza Robo que rigen el Contrato de Seguro y de las cuales forma parte la comentada clausula quedaron debidamente aprobadas por la Superintendencia de seguros (ahora denominada Superintendencia de la Actividad Aseguradora) quedando así dotadas de eficacias y legiti-

midad para surtir efectos en la actividad aseguradora.

En conclusión, la cláusula que establece la CADUCIDAD CONVENCIONAL de los derechos sustantivos que emergen de la póliza para las aseguradas tiene perfecta validez, vigencia y aplicabilidad para este caso, por lo que al haberse verificado el supuesto de hecho previsto en la cláusula 9 de dicho condicionado, opera perfectamente la consecuencia jurídica prevista en la misma, cual es, la CADUCIDAD DE LOS DERECHOS SUSTANTIVOS DERIVADOS DE LA PÓLIZA DE ROBO.

...Omissis...

Por último, y en atención a lo pautado en el ultimo aparte del artículo 313 del código de procedimiento civil, señalo que el error del juzgamiento denunciado fue determinante en el dispositivo de la sentencia recurrida, en razón de que, por efecto de la falsa aplicación del artículo 6o del Código Civil. La jueza ad quem negó, en términos absolutos cualquier vestigio de validez y eficacia a la referida cláusula N9° de las Condiciones Generales de la Póliza, lo que, a su vez la llevó a ratificar su improcedencia e inaplicabilidad en el presente caso, afectándola así de nulidad absoluta lo cual no hubiera ocurrido si la sentenciadora hubiese acogido los criterios jurisprudenciales y las normas jurídicas arriba analizadas. En este punto cabe reiterar que la recurrida no solo desaplicó indebidamente la cláusula 9 del Contrato de Seguro en cuestión, por considerarla contraria a lo establecido en el artículo 55 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de seguro, el cual no estaba vigente en su momento según se denuncia en ítem anterior, sino porque también la consideró afectada de nulidad absoluta por violar el orden público. Luego, debemos entender que aunque no hubiese aplicado el citado artículo 55 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de seguro, la recurrida igual habría dejado de aplicar la cláusula 9 del contrato por considerarla contraria al orden público. Como se ve en la infracción de ley aquí denunciada en el dispositivo del fallo recurrido en lo que respecta a la declaratoria de improcedencia de

la excepción de caducidad de los derechos del asegurado opuesta por la parte demandada en la contestación de la demanda. Cabe destacar que la caducidad opera fatalmente y esta no se interrumpe por ningún hecho y por ninguna circunstancia, es por ello que entendemos y así solicitamos expresamente se declare que desde el momento en el cual se produjo el siniestro (14 de mayo de 2001, y desde el momento en el cual existió el contrato de seguro que vinculaba a las partes (19 de noviembre de 2000 - 19 de noviembre de 2001), hasta el momento en que se interpuso la demanda 27 de julio de 2003, transcurrió el lapso de caducidad que extingue el derecho pretendido en la presente demanda La presente denuncia es determinante en la presente causa, toda vez que sobre la base de la misma fue dictada la sentencia en primera instancia, resultando la caducidad tan palmaria y ostensible que el juez de la causa en primera instancia, no analizo el resto de las excepciones opuestas a la pretensión del demandante, declarando sin lugar la demanda en todas sus partes por caduca, y ello es así toda vez que el siniestro se produjo en mayo del 2001 y seis meses después es dictado el Decreto con Rango Valor y Fuerza de Ley que rige al Contrato de Seguros; vale acotar que antes de dicho Decreto la caducidad era convencional, vale decir la pactaban las partes y existían dos lapsos de caducidad uno de seis meses contados a partir del rechazo del siniestro y otro de un año contado a partir de haberse producido el siniestro, en el presente caso ambos operaron, toda vez que en los autos consta en los autos (sic) que la demanda fue interpuesta en el año 2003 y el siniestro se produjo en 2001. Generándose claramente una de las dos formas de caducidad de todo lo cual se deriva un defecto por infracción de ley al aplicar una ley que no estaba vigente para el momento que se produjo el siniestro que da lugar a la presente demanda...”. (Negrillas de la Sala)

Para decidir, la Sala observa:

Alega el formalizante la infracción por el juzgador de la recurrida del artí-

culo 55 de la Ley del Contrato de Seguro, al incurrir en el vicio de aplicación de una norma no vigente para el momento de suscribir el contrato y la ocurrencia del siniestro, al declarar la improcedencia de la defensa perentoria de caducidad esgrimida en la contestación de la demanda, con fundamento en que el lapso de caducidad es de doce (12) meses contados a partir del rechazo del reclamo previsto en la citada norma.

En ese sentido, arguye el formalizante que el juez de alzada en la infracción de los artículos 1.133, 1.159 y 1.264 del Código Civil, por no aplicar el convenio o cláusula convencional suscrita entre las partes, prevista en la cláusula N° 9 de las Condiciones Generales de la Póliza de Robo, que prevé seis (6) meses de lapso para interponer la acción, contados a partir del rechazo de la reclamación, con lo cual infringió igualmente el artículo 6 eiusdem.

Ahora bien, la aplicación de una norma no vigente, ocurre cuando el juez considera como norma jurídica aplicable una que actualmente no está en vigor o que nunca lo ha estado. Este tipo de error puede provenir de la falta de vigilancia en la determinación de cuál es la ley vigente para la fecha en que ocurrieron los hechos. (Cfr. Sent. N° 641 del 7 de octubre de 2008, expediente N° 2007-889. Caso: Luis Alejandro Hernández Hernández contra Rafael Simón Rodríguez).

Siendo que el recurrente fundamenta su delación en la posible ocurrencia de la caducidad de la acción del caso in comento, resulta pertinente pasar a precisar el contenido de la citada figura jurídica, en los siguientes términos:

En tal sentido, algunos autores como el Profesor Eloy Maduro Luyando (Curso de Obligaciones, Tomo 1, p. 506, 11ª. Edición, UCAB, Caracas, 1999), establece que la caducidad es un término fatal, cuyo transcurso produce la extinción de la acción, no de la obligación; el titular del derecho subjetivo pierde la facultad de acudir a los órganos jurisdiccionales para reclamarlo o establecerlo. (Cfr. Sent. N° RC-664 del 20 de octubre de 2008, caso Frank Calo, C/ Theodorus Henricus Ras, Exp. 07-855).

En virtud de la confusión del formalizante para la aplicación de la norma legal vigente al caso de autos, al referirse en su denuncia al momento de suscribir el contrato de seguros y/o la ocurrencia del siniestro, se verifica de la doctrina y jurisprudencia de la Sala antes transcrita, que el lapso de prescripción o de caducidad de la acción, se debe computar conforme a la ley vigente para la fecha en que ocurrieron los hechos, es decir, el lapso de caducidad previsto en el artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguro publicada en fecha 12 de noviembre de 2001, comienza a computarse a partir de la fecha "...de rechazo de cualquier reclamación...", es pues la fecha de rechazo de la reclamación, y no la ocurrencia del siniestro el hecho que da partida al lapso de caducidad.

Realizadas las anteriores consideraciones, la Sala a los fines de resolver la presente denuncia considera necesario transcribir parcialmente la sentencia recurrida, al respecto se observa lo siguiente:

"...De la caducidad de la acción.

La parte demandada, en la contestación a la demanda alegó la caducidad de todos los derechos derivados del contrato de seguro que vinculaba a las partes, con fundamento en lo establecido en la Cláusula N° 9 de las Condiciones Generales de la Póliza de Robo, aprobada por la Superintendencia de Seguros Según Resolución N° 162 del 24.08.1988, en virtud de que los asegurados no demandaron judicialmente a la Compañía Aseguradora ni convinieron con ésta en el arbitraje dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha del rechazo de la reclamación, la cual fue comunicada a los asegurados en fecha 12.08.2002; ni tampoco interpusieron la demanda dentro de los doce (12) meses siguientes a la ocurrencia del pretendido siniestro.

a.- Precisiones conceptuales:

...Omissis...

Ahora bien, dispone la referida cláusula 9° de la póliza de seguro

de robo lo siguiente:

“Si durante los seis (6) meses siguientes a la fecha del rechazo de cualquier reclamación. El Asegurado no hubiere demandado judicialmente a La Compañía o convenido con ésta el arbitraje previsto en la cláusula anterior, caducarán todos los derechos derivados de esta Póliza.

Los derechos que confiere esta Póliza caducarán definitivamente si, dentro de los doce (12) meses siguientes a la ocurrencia de un siniestro, el Asegurado no hubiere iniciado la correspondiente acción judicial contra la compañía o el arbitraje previsto en la Cláusula anterior.

Se entenderá iniciada la acción una vez que sea practicada legalmente la citación de La Compañía para el acto de contestación de la demanda”. (Negritas de esta Alzada)

En este sentido, la Sala de Casación Civil del Tribunal Supremo de Justicia en sentencia N° 777, del 25.10.2006, con ponencia del Magistrado Carlos Oberto Vélez, estableció que:

... Omissis...

En este orden de ideas, de lo expuesto anteriormente, se evidencia que la norma legal transcrita otorga un lapso de tiempo mayor al previsto en la cláusula contractual -cláusula 9°- lo que constituye un beneficio, y coadyuva a la protección de los derechos del asegurado, tal norma tiene carácter imperativo y esta se debe aplicar con preeminencia, tal como lo dispone la Sala de Casación Civil de nuestro Máximo Tribunal en la decisión parcialmente transcrita ut supra, por lo que se tomara como el lapso de tiempo para interponer la demanda el establecido en el mencionado Decreto Ley, y no la cláusula contractual.

En conclusión, al haber interpuesto la actora la demanda en fecha 25.07.2003, es decir, ONCE (11) MESES y TRECE (13) DÍAS después del 12.08.2002, fecha en que fue rechazada su reclamación, es evidente que fue realizada antes del lapso de caducidad de los doce

(12) meses que establece artículo 55 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, por lo que la acción fue propuesta por la accionante dentro del lapso previsto para ello, y no opera la caducidad de los derechos y acciones alegada por la parte demandada, Compañía Nacional Anónima Seguros La Previsora, por lo que lo ajustado a derecho es declarar IMPROCEDENTE la caducidad de la acción. ASÍ SE DECIDE...”. (Negrillas y subrayado de la Sala).

De la transcripción de la sentencia recurrida, se verifica que el sentenciador de alzada con base en la jurisprudencia de la Sala, estableció que establece artículo 55 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro..., ya que el referido artículo establece un lapso de tiempo mayor al previsto en la cláusula contractual N° 9, "...lo que constituye un beneficio, y coadyuva a la protección de los derechos del asegurado...".

De conformidad con lo anterior, se verifica que en el caso en concreto la Compañía Nacional Anónima Seguros La Previsora, comunicó el rechazo de la reclamación del siniestro a las demandantes en fecha 12 de agosto de 2002, por tanto, ya se encontraba vigente la Ley del Contrato de Seguro publicada en fecha 12 de noviembre de 2001 en la Gaceta Oficial N° 5.553 Extraordinaria, por lo que fue acertadamente aplicada por el juzgador de la recurrida para desestimar la caducidad alegada por la parte demandada.

Ahora bien, en cuanto a la falta de aplicación por el juzgador de la recurrida de la cláusula N° 9 de las Condiciones Generales de la Póliza de Robo, el cual prevé el lapso de seis (6) meses de caducidad a partir del rechazó de la reclamación, se constató de la transcripción de la sentencia recurrida que el juez superior la desestimó con fundamento en el artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguro, ya que "...la norma legal transcrita otorga un lapso de tiempo mayor al previsto en la cláusula contractual -cláusula 9°- lo que constituye un beneficio, y coadyuva a la protección de los derechos del asegurado, tal norma tiene carácter imperativo y esta se debe aplicar con preeminencia, tal como lo dispone la Sala de Casación Civil...".

Con respecto a la aplicación del lapso de caducidad convencional o contractual, esta Sala de Casación Civil en sentencia N° 777 del 25 de octubre de 2006, caso: Eulalio Narváez Cassis contra Mapfre La Seguridad, C.A. De Seguros, expediente N° 06-079, en el cual estableció:

“...Ahora bien, el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, establece en sus artículos 1, 2, 4 ordinal 5° y 9; lo siguiente:

“Artículo 1°. El presente Decreto Ley tiene por objeto regular el contrato de seguro en sus distintas modalidades; en ese sentido se aplicará en forma supletoria a los seguros regidos por leyes especiales.

Artículo 2°. Las disposiciones contenidas en el presente Decreto Ley son de carácter imperativo, a no ser que en ellas se disponga expresamente otra cosa. No obstante, se entenderán válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el tomador, el asegurado o el beneficiario... Artículo 4°. Cuando sea necesario interpretar el contrato de seguro se utilizarán los principios siguientes: 5°. Las cláusulas que imponen la caducidad de derechos del tomador, del asegurado o del beneficiario, deben ser de interpretación restrictiva, a menos que la interpretación extensiva beneficie al tomador, al asegurado o al beneficiario...”

Artículo 9. Los contratos de seguros no podrán contener cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los asegurados o los beneficiarios. Los contratos de seguros se redactarán en forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas que contengan la cobertura básica y las exclusiones...”. (Resaltado de la Sala).

Las normas transcritas están referidas a la regulación del contrato de seguros, que es justamente la materia sobre la cual se resuelve y establecen como principio fundamental del mismo el principio de la buena fe; igualmente prevé que las normas contenidas en dicho instrumento legal son de carácter imperativo, vale decir, que dado lo sensible de la materia regulada por él, sus disposiciones son de

obligatoria aplicación y sólo podrán ignorarse cuando el citado texto legal así lo autorice.

De igual manera preceptúa el mencionado Decreto, que las convenciones celebradas entre las partes se aplicaran, cuando ellas sean más beneficiosas para "...el tomador, el asegurado o el beneficiario..." y que en el contrato de seguros no podrán estar contenidas cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los asegurados o los beneficiarios.

Por otra parte el artículo 55 del referido decreto cuyo texto se transcribe, establece el lapso fatal de caducidad:

...Omissis...

En el caso que se resuelve, se observa que el ad quem aplicó, para declarar la caducidad lo previsto en la cláusula 24 de la póliza original contratada por el asegurado, que establece el plazo de seis meses para que opere la caducidad sobre los derechos derivados de la póliza, en caso de que el contratante no ejerza sus acciones dentro del señalado lapso.

Ahora bien, la norma contenida en el Decreto con fuerza de Ley del Contrato de Seguro, tal como se asentó supra, indica que su aplicación es de carácter imperativo; con base a ese mandato mal puede entenderse y aceptarse que la disposición contractual pueda tener supremacía sobre la legal, ya que la orden emanada del Decreto Ley en comentario es la de aplicar aquellas cuando beneficien al asegurado, tomador o beneficiario y en el caso que se resuelve, la cláusula contractual lo perjudica.

Por otra parte y *mutatis mutandi*, podría analógicamente aplicarse el criterio sostenido por esta Máxima Jurisdicción luego de la entrada en vigencia de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, relativo a que en aras del derecho a la defensa del justiciable y de su acceso a la justicia, cualquier plazo que lo beneficie para el ejercicio de un derecho, debe aplicarse con preeminencia sobre el otorgado para el caso concreto, cuando este resulta más corto.

La norma legal transcrita otorga un lapso de tiempo mayor al previsto en la cláusula contractual lo que constituye un beneficio, y coadyuva a la protección de los derechos del asegurado, tal norma tiene carácter imperativo y al representar una garantía para el asegurado, debió el juez superior del conocimiento, aplicar, con preeminencia, la disposición legal contenida en el tantas veces mencionado Decreto Ley y no la cláusula contractual.

Aunado a lo anterior, sobre la convención del lapso de caducidad, ha dicho esta Sala, que limita el acceso a la justicia y es por ello que toda interpretación sobre la materia tiene que ser restrictiva y su establecimiento no debe correr por cuenta del convenio contractual. Si bien en los casos del contrato de seguro, el lapso de caducidad lo establece la ley, en el particular el Juzgado recurrido tomó como cierto y vigente el lapso que se pactó con el primer contrato de seguro, sin tomar en cuenta que para el momento del siniestro se había dictado una nueva ley que amplió dicho lapso y que el contrato de seguro originario sufrió varias prórrogas, incluso luego de la entrada en vigencia del Decreto Ley del Contrato de Seguro; por ello, aquella cláusula contractual de caducidad, que previó seis meses para el ejercicio del derecho de reclamar judicialmente, quedó nula, al prever un lapso distinto al de la ley.

La caducidad, entonces, cuando va referida a la pérdida de la posibilidad de ejercer la acción, debe estar establecida en una norma legal y no es posible aceptar que los contratantes fijen un lapso fatal de la especie mediante un convenio.

... Omissis...

En tal razón deberán los jueces y juezas, de forma casuística y en aplicación del control difuso constitucional, determinar si en el caso concreto sometido a su conocimiento deberán o no aplicar la ley de que se trate o negarle aplicación por considerar que vulnera el precepto constitucional de acceso a la justicia; para lo cual se deberá tener en cuenta si para el cumplimiento de lo preceptuado en las mencionadas cláusulas, se deben observar condiciones

excesivamente difíciles de cumplir que puedan, en consecuencia, obstaculizar el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales pertinentes, tales como un plazo demasiado breve o que dicho ejercicio este subordinado a eventos extraños o que no dependan del titular de la acción.

En las situaciones planteadas, como se dijo, lo inconstitucional sería la ley, bajo los preceptos indicados, y no la cláusula de caducidad; por lo que para que ella pueda ser estimada nula, deberá ocurrir, si es el caso, la desapplicación de la ley que autorizó o delegó el establecimiento de la caducidad...”. (negrillas de la Sala).

De conformidad con la jurisprudencia transcrita, el Decreto con fuerza de Ley del Contrato de Seguro, indica que su aplicación es de carácter imperativo, por tanto, mal puede entenderse y aceptarse que la disposición contractual pueda tener supremacía sobre la legal, ya que la orden emanada del Decreto Ley en comentario es la de aplicar aquellas cuando benefician al asegurado, tomador o beneficiario, es decir, deberán los jueces y juezas, de forma casuística y en aplicación del control difuso constitucional, determinar si en el caso concreto sometido a su conocimiento deberán o no aplicar la ley de que se trate o negarle aplicación por considerar que vulnera el precepto constitucional de acceso a la justicia; para lo cual se deberá tener en cuenta cualquier plazo que lo beneficie para el ejercicio de un derecho, debe aplicarse con preeminencia sobre el otorgado para el caso concreto, cuando este resulta más corto.

Con base en la jurisprudencia y los razonamientos expuestos, se desprende que el juzgador de la recurrida aplicó acertadamente el contenido del artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguro, en beneficio y protección de los derechos del asegurado para desestimar la caducidad de la acción alegada por la demandada, pues el lapso previsto en la ley es más amplio que el convenido por las partes en la cláusula N° 9 del contrato de seguro, que previó seis meses para el ejercicio del derecho de reclamar judicialmente, quedando nula al prever un lapso distinto al de la ley, en consecuencia, el juez de alzada no incurrió en la infracción del artículo 55 in comento.

De acuerdo con lo antes expuesto, se evidencia que el juez de alzada no incurrió en el vicio de falta de aplicación de los artículos 1.133, 1.159 y 1.264 del Código Civil, pues no era la caducidad convencional, es decir, la cláusula N° 9 de las Condiciones Generales de la Póliza de Robo, la que debía aplicarse al caso de autos, sino el artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguro, razón por la cual se declara improcedente la denuncia bajo análisis. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00634.

FECHA: 30 de mayo de 2017

PARTES: Previsivos Paolini C.A. (PREPACA), contra la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

.....

TEMA: SERVICIOS FUNERARIOS (ACTIVIDAD ASEGURADORA)

Máxima: existen tres (3) elementos que conforman la naturaleza del contrato de seguro, los cuales son: i) la realización de una prestación contentiva de un pago denominado prima por una de las partes contratantes (el asegurado); ii) la existencia de una obligación condicionada para el contratante (el asegurador), conocida como indemnización; y iii) que el referido daño o eventualidad sea producto de un acontecimiento futuro e incierto, sucedido por causa fortuita o fuerza mayor, denominado siniestro.

Máxima: comparando la actividad prevista en el contrato bajo examen con la definición de contrato de seguro

establecida en la legislación aplicable, observamos que la obligación de indemnizar viene dada por el compromiso de la empresa recurrente de prestar sus servicios funerarios o el pago de una cantidad de dinero como reembolso; el siniestro lo constituiría la muerte durante el tiempo allí estipulado de alguno de los afiliados o de sus familiares asociados al convenio; y la prima está representada por el pago efectuado por sus afiliados.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse sobre el recurso de nulidad interpuesto por los abogados Reinaldo Planchart Montemayor y Adolfo Antonio Paolini Pisani, actuando como apoderados judiciales de la sociedad mercantil PREVISIVOS PAOLINI, C.A. (PREPACA), contra el acto denegatorio tácito en virtud del silencio administrativo producido por el Ministro del Poder Popular de Planificación y Finanzas, al no decidir el recurso jerárquico ejercido contra la Providencia Administrativa Núm. FSS-2-3-000116 del 12 enero de 2011, emitida por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (SUDEASEG), mediante la cual declaró sin lugar el recurso de reconsideración interpuesto contra la Providencia Núm. FSS-2-3001100179 de fecha 14 de julio de 2010, dictada por la otrora Superintendencia de Seguros, que expresó que existen fundados y suficientes indicios para presumir que la empresa accionante al ofrecer servicios funerarios al público, realiza operaciones de seguros. A tal efecto se observa:

Aduce la parte recurrente que el acto impugnado viola el principio de irretroactividad de la ley, pues en su decir de la simple lectura del texto de la PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA N° FSS-2-3-000116, dictada EN FECHA 12 DE ENERO DE 2.011, se evidencia que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora fundó su decisión en normas legales previstas en la NUEVA LEY DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA, vigente desde el 30 de julio de 2.010, aplicando al recurso de reconsideración en forma retroactiva dichas normas, puesto que la PROVIDENCIA N° FSS-2-3-001799 DE

FECHA 14 DE JULIO DE 2.010, sobre la cual se interpuso el recurso de reconsideración fue dictada antes de entrar en vigencia la NUEVA LEY DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA, y los hechos por los cuales se instauró el proceso administrativo que originó la providencia última señalada, sucedieron bajo la vigencia del DECRETO CON FUERZA DE LEY DE EMPRESAS DE SEGUROS Y REASEGUROS N° 1.545, de fecha 09 de noviembre de 2.001, circunstancia que vicia de NULIDAD ABSOLUTA la PROVIDENCIA N° FSS-2-3-000116, dictada EN FECHA 12 DE ENERO DE 2.011, porque viola la garantía constitucional contenida en el Artículo 24 [de] la Constitución Nacional (...). (Mayúsculas y negrillas del escrito). (Agregado de la Sala).

Al respecto, cabe destacarse que el principio de irretroactividad de la Ley está previsto en el artículo 24 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el cual prevé:

“Artículo 24. Ninguna disposición legislativa tendrá efecto retroactivo, excepto cuando imponga menor pena. Las Leyes de procedimiento se aplicarán desde el momento mismo de entrar en vigencia aun en los procesos que se hallaren en curso; pero en los procesos penales, las pruebas ya evacuadas se estimarán en cuanto beneficien al reo o rea, conforme a la Ley vigente para la fecha en que se promovieron.

Cuando haya dudas se aplicará la norma que beneficie al reo o rea”.

En relación con la prenombrada norma constitucional esta Sala ha establecido lo siguiente:

“(...) el principio de irretroactividad de la Ley está referido a la prohibición de aplicar una normativa nueva a situaciones de hecho nacidas con anterioridad a su vigencia, de forma que la disposición novedosa resulta ineficaz para regular situaciones fácticas consolidadas en el pasado, permitiéndose la retroactividad de la norma sólo como defensa o garantía de la libertad del ciudadano.

Esta concepción permite conectar el aludido principio con otros de similar jerarquía, como el de la seguridad jurídica, entendida como la confianza y predictibilidad que los administrados pueden tener en la observancia y respeto de las situaciones derivadas de la aplicación del ordenamiento jurídico vigente; de modo tal que la previsión del principio de irretroactividad de la Ley se traduce, al final, en la interdicción de la arbitrariedad en que pudieran incurrir los entes u órganos encargados de la aplicación de aquélla”. (vid., sentencia Núm. 1739 dictada por esta Sala el 8 de diciembre de 2011, reiterada en la Núm. 1343 del 1° de enero de 2016) (Negritas de este fallo).

De lo expuesto se colige que la aplicación retroactiva de las disposiciones legislativas está vedada por imperativo constitucional, prohibiéndose subsumir una norma jurídica novedosa a situaciones de hecho acaecidas con anterioridad a su vigencia, y que únicamente se admite aplicarlas retroactivamente cuando beneficie al reo o rea, administrado o administrada.

Dicho esto, se observa del acto impugnado antes transcrito que, para fundamentar su decisión, la Administración estimó que la empresa recurrente “realiza dicho servicios que son característicos de la actividad aseguradora, lo cual contraviene lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, lo cual es sancionable de acuerdo a lo establecido en el artículo 185 ejusdem, ambas disposiciones vigentes para el momento de los hechos relacionados con el presente caso” (sic); de manera que a juicio de esta Sala, la Administración subsumió correctamente los supuestos imputados en la ley vigente para el momento en que ocurrieron los hechos, como lo fue la ley publicada en la Gaceta Oficial Núm. 4.865 Extraordinario del 8 de marzo de 1995, pues, como se recordará, los efectos de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros publicada en la Gaceta de la República Bolivariana de Venezuela Núm. 5.561 Extraordinario de fecha 28 de noviembre de 2001, que derogó la anterior, fueron suspendidos por la Sala Constitucional de este Máximo Tribunal en sentencia Núm. 1911 del 13 de agosto de 2002. De igual modo, se constata que si bien en el acto

se hace referencia a la Ley de la Actividad Aseguradora, ese enunciado fue realizado con la finalidad de exhortar y advertir a la actora que solicite su inscripción ante la Superintendencia, conforme el régimen legal vigente, lo cual no implica una aplicación al asunto objeto de investigación, sino al deber u obligación legal que tendría por cumplir la empresa. En consecuencia, se desestima la denuncia de violación del principio de irretroactividad de la ley. Así se decide.



Del contenido del expediente administrativo se desprende que el asunto sometido a la consideración de la Administración se inició por instancia de parte, en virtud de que la empresa PREVISIVOS PAOLINI, C.A. (PREPACA), mediante comunicación de fecha 10 de junio de 2008, le solicitó a la otra Superintendencia de Seguros que emitiera: “un dictamen que nos indique si nuestra sociedad está sometida al régimen establecido en la Ley o si, por el contrario está exenta de inscribirse ante dicho organismo”. Dicho requerimiento fue formulado en razón de que -conforme se manifiesta en la aludida comunicación- el “SENIAT” le solicitó a la referida empresa la presentación de la inscripción en la Superintendencia de Seguros (Folio “tres” del expediente administrativo).

En respuesta, el entonces Superintendente de Seguros, mediante oficio 006070 del 10 de noviembre de 2008, le requirió a la empresa “toda la información disponible que tenga sobre la empresa en cuestión, copia del documento constitutivo, copia de los contratos celebrados con los afiliados, condiciones generales y particulares de contratación, recibo de pago y/o cualquier otra documentación que pueda ser aportada a los fines de determinar si se encuentra realizando operaciones de seguros sin estar debidamente autorizada...” (Folio “cuatro” del expediente administrativo). Esta documentación fue entregada efectivamente por la empresa a la referida Superintendencia en fecha 19 de noviembre de 2008 (Folio “veintitrés”), quien posteriormente, revisadas las mismas, ordenó la apertura del procedimiento administrativo a que se contrae el presente caso.

Dicho procedimiento culminó con la Providencia Núm. 001799 de fecha 14 de julio de 2010 (ratificada en la decisión Núm. 000116 del 12 de enero de 2011), en la que la Administración concluyó que existieron suficientes indicios para presumir y decidir que la empresa en cuestión realiza operaciones de seguros, tomando como base la información aportada por la empresa como lo fue, entre otras: el precio que paga el “opcionado” por el valor del contrato, las cuotas fijadas y el valor del servicio, pero principalmente el estudio de las cláusulas del contrato.

En consecuencia, evidencia la Sala que en el acto recurrido sí se establecieron los hechos y se indicaron las pruebas que sirvieron de soporte a la Administración para tomar su decisión, motivo por el cual desestima la denuncia de falta de motivación formulada por la actora por estas razones. Así se declara.



También alega la actora que “al calificar la Superintendencia (...) como prima el precio que el afiliado al contrato de servicio paga; al calificar como indemnización la prestación del servicio funerario al afiliado titular, o afiliados beneficiarios, incurre la señalada Superintendencia en un falso supuesto, puesto que da por probados hechos con pruebas que no existen en el expediente administrativo” (sic).

Al respecto afirma que dicha contratación está enmarcada dentro de la naturaleza jurídica de un contrato de “COMPRAVENTA” sometido a varias condiciones, lo cual desvirtúa el carácter asegurador que pretende la Superintendencia de Seguros darle al contrato celebrado por su mandante, ya que a su entender, “la actividad aseguradora se fundamenta en la mutualidad, entendida ésta como el conjunto de principios técnicos que tiene por objeto la repartición de pagos entre numerosos coobligados”; pero en su caso, “las cláusulas TERCERA, CUARTA, QUINTA Y DÉCIMA QUINTA (...), determinan que jamás entre los afiliados y las personas incluidas en cada contrato, existe una reparación de los pagos, porque no existe entre ellos una comunidad de riesgos”. (sic).

En lo que respecta al vicio de falso supuesto, la jurisprudencia de este Alto Tribunal ha señalado en reiteradas oportunidades que tal vicio puede verificarse de dos maneras, a saber: cuando la Administración, al dictar un acto administrativo, fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o no relacionados con el o los asuntos objeto de decisión, en cuyo caso se incurre en el vicio de falso supuesto de hecho; y cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al dictar el acto los subsume erróneamente en una norma inaplicable al caso o en una inexistente en el universo normativo para fundamentar su decisión (lo cual incide decisivamente en la esfera de los derechos subjetivos de los administrados), se está en presencia de un falso supuesto de derecho que acarrearía la anulabilidad del acto.

Así lo estableció la Sala en sentencia Núm. 666 de fecha 3 de mayo de 2007, en la que además se resolvió un caso similar al de autos, donde se alegó el vicio de falso supuesto de hecho bajo el argumento que la referida Superintendencia le atribuyó una naturaleza jurídica distinta al contrato que había celebrado la sociedad mercantil COBERTURA DE PREVISIÓN NACIONAL COPRENA, C.A., quien también prestaba servicios funerarios.

En la referida decisión se analizó lo siguiente:

“Respecto al falso supuesto de hecho denunciado, esta Sala a los fines de verificar si la empresa recurrente se encontraba realizando actividades de seguro a través del convenio suscrito (...) debe precisar de conformidad con la normativa que regula la materia, qué se entiende por contrato de seguros. Al respecto el artículo 548 del Código de Comercio, aplicable *ratione temporis*, establece lo siguiente:

(...omissis...)

En este sentido cabe agregar que el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro (publicado en la Gaceta Oficial de la República

Bolivariana de Venezuela N° 5.553 del 12 de noviembre de 2001) derogó, entre otros, al citado artículo 548 del Código de Comercio, y en su artículo 5 reprodujo la definición de contrato de seguro en los siguientes términos:

(...omissis...)

De las definiciones legales citadas se puede inferir que existen tres (3) elementos que conforman la naturaleza del contrato de seguro, los cuales son: 1- la realización de una prestación contentiva de un pago denominado prima por una de las partes contratantes (el asegurado); 2- la existencia de una obligación condicionada para el co-contratante (el asegurador), conocida como indemnización (...); y 3- que el referido daño o eventualidad sea producto de un acontecimiento futuro e incierto, sucedido por causa fortuita o fuerza mayor, denominado siniestro.

Constituyen características del contrato de seguro, conforme lo prevé actualmente el artículo 6 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, los siguientes elementos: el carácter consensual, bilateral, oneroso, aleatorio, de buena fe y de ejecución sucesiva (...).

Asimismo, la doctrina agrega otras características del contrato de seguro: el carácter mercantil, principal, indemnizatorio y de adhesión (...).

En este orden de ideas, la doctrina nacional ha dicho sobre el punto tratado lo siguiente:

(...omissis...)

Asimismo se puede señalar que la actividad aseguradora se fundamenta en la mutualidad, entendida ésta como el ‘...conjunto de principios técnicos que tienen por objeto la repartición de pagos entre numerosos coobligados...’ (Vid. sentencia 1087 del 18 de agosto de 2004) (...).

(...omissis...)

De las actas procesales se observa que entre la empresa recurrente y la 'CAJA DE AHORROS DEL SECTOR EMPLEADOS PÚBLICOS del MTC (...) ' se efectuó un 'CONVENIO DE SERVICIOS FUNERARIOS PARA SOCIOS DE CASEP', también denominado '...Convenio de Servicios Exequiales...' (sic) (...), el cual consiste en la obligación por parte de la empresa recurrente de prestar a los afiliados de la caja de ahorros o sus familiares que se asociaren al convenio los servicios funerarios, o de realizarles un pago como reembolso de hasta un máximo de cuatrocientos mil bolívares (Bs. 400.000,00) cuando el referido servicio hubiese sido suministrado por otra funeraria. El lapso de duración del referido convenio es de un año (...), cuyo servicio es ofrecido mediante dos (2) tipos de planes: A y B, tomando la empresa recurrente como contraprestación para asumir tal obligación un pago anual (...).

Conforme a lo expuesto, esta Sala pasa a examinar si el convenio suscrito por la recurrente con los afiliados de la referida caja de ahorros reúne las condiciones fácticas de una contratación de seguros, para lo cual observa lo siguiente:

En primer lugar de acuerdo a la definición del contrato de seguro ya referida, se desprende que el mismo está conformado por tres (3) elementos constituidos por el pago de una cantidad de dinero al cual se le denomina prima, la existencia de una obligación condicionada, conocida como indemnización, dirigida a resarcir un daño o el pago de una cantidad de dinero por las eventualidades ocurridas a la vida de una persona, y que el referido daño o eventualidad sea producto de un hecho casual denominado siniestro.

En el convenio bajo examen se evidencia que la empresa recurrente se comprometió a prestar los servicios funerarios para sus asociados, o sus familiares, durante el lapso de un año (...), cuya obligación está condicionada por cuanto su exigibilidad depende del acontecimiento de un evento futuro e incierto, que es la muerte, la cual puede ocurrir o no durante ese año. Asimismo se evidencia del convenio que la referida obligación condicionada consiste en

el suministro de los servicios funerarios a nivel nacional o el pago de hasta un máximo de Bs. 400.000 como reembolso ‘...siempre y cuando el afiliado presente factura y copia del Acta de Defunción...’, lo cual posee un carácter resarcitorio si se toma en cuenta que a través del contrato lo que se busca es contrarrestar la disminución patrimonial (...). Finalmente se observa de las cláusulas del contrato que la empresa recurrente prestaría sus servicios a los afiliados de la caja de ahorros, o sus familiares, asociados al convenio y que hubiesen autorizado ‘...efectuar los descuentos respectivos, tanto a la cuota inicial como de las mensualidades...’, lo cual constituye el pago o contraprestación a la recurrente por el servicio prestado.

De lo antes expuesto y comparando la actividad prevista en el convenio bajo examen con la definición de contrato de seguro establecida en la legislación aplicable, observamos que la obligación de indemnizar viene dada por el compromiso de la empresa recurrente de prestar sus servicios funerarios o el pago de una cantidad de dinero como reembolso; el siniestro lo constituiría la muerte en el tiempo allí estipulado de alguno de los afiliados de la caja de ahorros, o de sus familiares asociados al convenio; y la prima está representada por el pago efectuado por sus asociados a través de la caja de ahorros.

(...omissis...)

En el caso de autos se observa que la recurrente y la afiliada de la caja de ahorros (...) consintieron en celebrar un contrato de servicios fúnebres (...), en el que se dejó constancia de las condiciones de la contratación (...) la referida afiliada de la caja de ahorros aceptó que se le descontara por caja de ahorro (...) a los fines de pagar el servicio (...); las partes contratantes estaban sujetas durante la vigencia del convenio al cumplimiento de unas prestaciones, consistentes por parte de la asociada al pago mensual del monto de su derecho de asociación, y por parte de la empresa recurrente la asunción del riesgo durante un (1) año, lo que le da el carácter de

ejecución sucesiva al convenio; al producirse el fallecimiento del afiliado o de su familiar (hecho casual) (...).

(...omissis...)

En tercer lugar se indicó que la institución del seguro se apoya en el mecanismo de la transferencia de los riesgos (...). En el caso de autos se observa que los afiliados de la caja de ahorros con sólo asociarse al convenio y efectuar los pagos de su asociación, origina que al ocurrir la muerte de alguno de ellos o de sus familiares asociados (...).

En cuarto lugar se señaló que la actividad aseguradora se fundamenta en la mutualidad, entendida ésta como el ‘...conjunto de principios técnicos que tienen por objeto la repartición de pagos entre numerosos coobligados...’ (...). Asimismo se destacó, especialmente en el caso de los seguros de daño patrimonial, que el pago efectuado (prima) por cada una de las personas que integran la referida comunidad, por sí mismo no resulta suficiente para cubrir el valor de lo que se quiere asegurar, pero que sumado al fondo creado sí permitirá atender el eventual siniestro.

En el caso de autos la ciudadana (...) pagó anualmente por el plan seleccionado la cantidad de (...), con lo cual la empresa recurrente no podía cubrir el costo de la prestación del servicio fúnebre o el pago de un máximo de (...) a que se había comprometido, de lo que se infiere que la referida empresa para cumplir con su obligación necesariamente debe acudir al fondo mancomunado formado por los pagos efectuados por los afiliados de la caja de ahorros (...).

Del análisis efectuado, esta Sala colige que existen elementos suficientes para considerar que la empresa recurrente a través del convenio bajo análisis, estaba efectuando actividades inherentes a una empresa de seguro, conforme lo estimó la Administración, por lo que en tal sentido se desecha el falso supuesto de hecho denunciado. Así se decide”.

El criterio antes transcrito resulta aplicable al caso, por cuanto se observa del contrato de afiliación que suscribe la recurrente con sus clientes, conforme se desprende de la cláusula “PRIMERA”, que el objeto es “celebrar una opción de prestación futura de servicios funerarios”, para el “opcionado” y las personas que se especifiquen, a cambio de un pago, según la cláusula “TERCERA”, de un “equivalente a un porcentaje del precio de cada servicio en calidad de garantía de esta opción y la pagará en 12 meses mediante cuotas iguales y consecutivas”; de manera que al igual que se hizo en el criterio citado, comparando la actividad prevista en el contrato bajo examen con la definición de contrato de seguro establecida en la legislación aplicable, observamos que la obligación de indemnizar viene dada por el compromiso de la empresa recurrente de prestar sus servicios funerarios o el pago de una cantidad de dinero como reembolso; el siniestro lo constituiría la muerte durante el tiempo allí estipulado de alguno de los afiliados o de sus familiares asociados al convenio; y la prima está representada por el pago efectuado por sus afiliados.

En consecuencia, estima esta Sala que no constituye un falso supuesto la calificación de indemnización dada por la otrora Superintendencia de Seguros a la prestación del servicio funerario al afiliado titular o afiliados beneficiarios que ofrece la sociedad mercantil PREVISIVOS PAOLINI, C.A. (PREPACA), lo cual implica que realiza operaciones de seguros. Por tal motivo se desestima dicho alegato. Así se declara.

Finalmente, aduce la parte recurrente que al desconocer la Administración “la naturaleza jurídica de un contrato de compraventa y (...), que [su] mandante está realizando una actividad aseguradora, se violan todas y cada una de las normas legales establecidas en los Códigos Civil y de Comercio que rigen este contrato, e igualmente menoscaba el derecho al ejercicio del libre comercio garantizado en el artículo 112 de la Constitución”. (Agregado de la Sala).

En relación a la alegada vulneración, tenemos que el artículo 112 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela consagra que todo

ciudadano tiene derecho a dedicarse a la actividad económica de su preferencia. No obstante, no lo consagra como un derecho de carácter absoluto, sino que, por el contrario, contempla expresamente la posibilidad de que el Estado pueda limitarlo de acuerdo con la Ley y por razones de desarrollo humano, sanidad, protección del medio ambiente u otras de interés social.

En este sentido, debe indicarse que el reconocimiento del derecho a la libertad económica puede ser restringido en aplicación de normas elementales que justifican la intervención del Estado en la economía; de allí que no toda medida que incida en el desarrollo de actividades empresariales, contrarias al derecho en referencia, salvo que pueda evidenciarse o presumirse que se persigue la obstaculización caprichosa o ilegítima del derecho, o que no guarda relación con la finalidad de las normas constitucionales y legales que protegen la libre competencia (Vid, sentencia de esta Sala Nro. 462 del 29 de abril de 2015).

En el caso de autos, considera esta Sala que lejos de impedirle el ejercicio de ese derecho, la Administración exhortó a la empresa recurrente a “solicitar su inscripción y/o registro por ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, previo el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Ley (...), el Reglamento (...) y demás Normas Prudenciales que regulen esta materia; con lo cual, de cumplirse, la actividad de la empresa se realizaría conforme a derecho. Por esta razón se estima improcedente el alegato según el cual la decisión impugnada “menoscaba el derecho al ejercicio del libre comercio garantizado en el artículo 112 de la Constitución (...)”. Así se declara.

En consecuencia, del análisis realizado por esta Sala, se declara sin lugar el recurso de nulidad interpuesto. Así finalmente se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.000543.

FECHA: 07 de agosto de 2017.

PARTES: Geovanny Lombardi Silecchia contra Seguros La Occidental, C.A.

•••••
**TEMA: CORRECCIÓN MONETARIA EN EL CASO DEL
PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

Máxima: el artículo 41 del Decreto con Fuerza de Ley del contrato de seguros disponía que la empresa de seguros, en este caso, Seguros La Occidental, se encuentra obligada a satisfacer al asegurado con la indemnización correspondiente, una vez terminada las investigaciones y peritaje.

Máxima: ha sido criterio reiterado de la Sala que sólo la obligación principal es susceptible de indexación, y el monto resultante de la indexación no tiene ninguna influencia en la determinación de los daños y perjuicios que puedan atribuirse al retardo en el pago.

Máxima: el deudor sólo está obligado, en principio, al pago de lo que pueda pactarse al tiempo de la celebración del contrato que, en el caso de las deudas de una suma de dinero sujetas a intereses moratorios, sería el monto que, diariamente, resulte de calcular los intereses a la tasa que corresponda, tomando como base la cantidad nominal de dinero objeto de la obligación.

Máxima: según el artículo 532 del Código Civil, los intereses, en tanto que frutos civiles, se adquieren día a día, de tal manera que sólo podrían calcularse sobre la base del capital que constituía la deuda líquida y exi-

gible cuando hubiere sido demandado el pago, pues la indexación sólo se produce luego de la decisión judicial que la acuerde y fije su monto, momento cuando los intereses moratorios ya habrían sido adquiridos por el acreedor.

Máxima: la indexación no es una pretensión de daños y perjuicios; ella tiene por objeto mitigar el efecto producido por la depreciación de la moneda aunado al retraso en el pago por parte del deudor y la demora material que genera el proceso judicial para su cobro, pues permite a través de los índices inflacionarios el reajuste del valor monetario, actualizándolo al valor del daño soportado por el acreedor desde la demanda hasta el momento en que por sentencia se ordene su liquidación, visto el derecho que tiene a que le sea indemnizada en su totalidad la lesión económica sufrida.

EXTRACTO:

Expresa el recurrente en su única delación por infracción de la ley, que la recurrida viola los artículos 41 del Decreto con Fuerza de Ley de contrato de seguros por falta de aplicación, así como el artículo 58 *eiudem*, por errónea interpretación, en el entendido que el juzgador de alzada al evaluar los conceptos accesorios que debían quedar comprendidas dentro de la obligación a cargo de la empresa aseguradora, incluyó una acotación que reduce significativamente el derecho económico del asegurado en cuanto a la corrección monetaria que le corresponde.

De igual forma señala, que el Decreto con Fuerza de Ley de Contrato de Seguro, no contempla norma que limite el alcance económico del derecho del asegurado a recibir el pago de la indemnización contractual, la cual, según el criterio que invoca de la jurisprudencia de la Sala Constitucional de este Alto Tribunal, corresponde “en proporción al poder adquisitivo

que tiene la moneda para la fecha del mismo”, razón por la cual, -a decir del recurrente-, la corrección monetaria comprende todo el tiempo que significa el retardo del deudor, el cual debe medirse desde la fecha del vencimiento de la obligación hasta la fecha del efectivo cumplimiento.

Para decidir, la Sala observa:

Con relación al vicio delatado por el formalizante, en cuanto a la falta de aplicación del artículo 41 del Decreto con Fuerza de Ley del de contrato de seguros, la doctrina ha establecido que para que prospere la declaratoria con lugar del recurso de casación, por errores de juzgamiento, la falta de aplicación de normas jurídicas cometida por el sentenciador al dictar su decisión, debe de conformidad con lo previsto en el único aparte del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, ser determinante en el dispositivo del fallo, a los fines de que prospere.

Sobre el particular, la Sala, mediante sentencia N° 016, de fecha 25 de enero de 2008, expediente 07-410, caso: Diego Orozco Bernal contra Diego Orozco Arria y otros, criterio ratificado, entre otras decisiones, mediante el fallo N° 368, de fecha 2 de julio de 2013, expediente 13-147, caso: Rafael Villoria Quijada contra Private Lingerie PL C.A., estableció que la falta de aplicación de una norma que esté vigente, tiene lugar cuando el juzgador se niega a aplicar la norma a una relación jurídica que está bajo su alcance. En efecto, si la denuncia está referida a la falta de aplicación de una norma jurídica, es porque ésta, aun cuando regula un determinado supuesto de hecho, niega su aplicación o subsunción en el derecho, bien por considerarla inexistente, o por desconocimiento de su contenido, o porque se presume que no se encontraba vigente, aun cuando ella estuviese promulgada. Esta omisión conduce a la transgresión directa de la norma, pues, bajo este supuesto, la situación sometida a conocimiento, ha debido ser decidida de conformidad con el precepto legal que efectivamente aporta la solución y que el juez no aplicó.

Asimismo, mediante el desarrollo jurisprudencial, el supuesto de falta de

aplicación, se ha extendido a aquellos casos en los cuales el juez no aplica una norma jurídica que el recurrente considere como determinante en la resolución de la controversia y más favorable a sus intereses, lo que también puede dar lugar a una sentencia injusta y en consecuencia, susceptible de nulidad.

Ahora bien, considerando que el vicio denunciado versa sobre el artículo 41 del Decreto con Fuerza de Ley del contrato de seguros, señalado por el formalizante como infringido, pasa esta Sala a examinar su contenido, el cual, establece lo siguiente:

“Artículo 41: Terminadas las investigaciones y peritajes para establecer la existencia del siniestro, la empresa de seguros está obligada a satisfacer la indemnización de ser el caso, dentro del plazo establecido en la ley, según las circunstancias por ella establecidas”.

El mencionado artículo dispone que la empresa de seguros, en este caso, Seguros La Occidental, se encuentra obligada a satisfacer al asegurado con la indemnización correspondiente, una vez terminada las investigaciones y peritaje.

Así las cosas, resulta necesario a los fines de verificar si el referido precepto legal, vigente para la época, fue recogido por el sentenciador de alzada en su decisión, por lo que resulta necesario que esta Máxima Jurisdicción constate el texto de la sentencia recurrida.

En tal sentido el juzgador estableció:

“Surgen aquí dos interrogantes esenciales que serían: a) ¿Se indexa de oficio o a solicitud de parte?; y b) ¿En qué oportunidad se ha de acordar la indexación?

En cuanto a la primera interrogante, se señaló al inicio del presente fallo, que su acordatoria de oficio, dependerá de si se trata de materias de orden público o no, o si se trata de derechos disponibles,

e irrenunciables o no. En efecto, no cabe duda a esta Sala que la indexación no puede ser acordada de oficio por el sentenciador cuando se trate de intereses o derechos privados y disponibles, lo cual implica que el actor tendrá que solicitarla expresamente en su libelo de demanda. Con ello se evita dejar a la parte contraria en un estado de indefensión, al no poder contradecir y contraprobar oportunamente contra la misma; e igualmente, se libra al sentenciador de producir un fallo incongruente, por otorgar más de lo pedido y otorgar algo no pedido e incurrir en ultra o extrapetita, según sea el caso... (Sentencia de la Sala de Casación Civil de fecha 3 de agosto de 1994, en el juicio por cobro de bolívares seguido por el Banco Exterior de Los Andes y de España, S.A., (Extelbanc), contra el ciudadano Carlos José Sotillo Luna, expediente N° 93-231).

(Omissis)

(...) En efecto, la solicitud de indexación judicial tiene como finalidad establecer límites más amplios en el libelo de demanda, en cuanto al objeto de la pretensión procesal o bien jurídico reclamado por el actor. En dicha solicitud se pretende que el Juez (sic) aplique correctivos por el efecto inflacionario, que afecta el objeto de la pretensión procesal, requiriéndose un ajuste final del monto demandado sobre la base de los índices inflacionarios del Banco Central de Venezuela. En otras palabras, se le indican al Juez parámetros más amplios de lo que debe entenderse como el objeto realmente reclamado por el actor, es un indicativo de hasta dónde llega su pretensión procesal.

(Omissis)

Entiende esta Juzgadora (sic) que al haber sido solicitado por la parte actora la indexación del monto adeudado, la misma puede resultar procedente, ahora bien, observa este Tribunal que la parte ha realizado de manera simultánea la solicitud de intereses moratorios, por lo que es necesario traer a colación el criterio del Tribunal Supremo de Justicia, que, en Sala Constitucional, sentencia de fecha 28 de abril de 2009, estableció lo siguiente:

“La Sala cree necesario un estudio de la apreciación que se acogió en el fallo objeto de la solicitud, según la que la indexación comprende a la suma que resultaría de los intereses moratorios, lo que motivó que declarara sin lugar la petición de indexación de la solicitante. La Sala aprecia que está autorizada a la evaluación de tal afirmación, en tanto que ella impide la aplicación de la actualización monetaria. Además, dicha afirmación contradice el criterio que se expresó en el caso Teodoro de Jesús Colasante Segovia en el sentido de que el poder adquisitivo de la moneda es algo inherente o intrínseco a ella, representa su real valor y como tal no tiene que ver ni con daños y perjuicios, ni con intereses devengados o por vencerse, ya que la indemnización de daños y perjuicios se calcula para la fecha de su liquidación judicial, con el valor que tenga para esa fecha, y la tasa de interés -con sus posibles fluctuaciones- nada tiene que ver con el valor real de la moneda.

La anterior valoración de la Sala implica que sólo la obligación principal es susceptible de indexación, y el monto resultante de la indexación no tiene ninguna influencia en la determinación de los daños y perjuicios que puedan atribuirse al retardo en el pago.

En este sentido, se aprecia que, según el artículo 1.277 del Código Civil, los intereses moratorios son un medio supletorio para establecer el monto de los daños y perjuicios que genera al acreedor el retardo en el cumplimiento de aquellas obligaciones que tienen por objeto una suma de dinero. Además de ese medio para la determinación de los daños, las partes podrían acordar la cláusula penal, las arras o establecer una cantidad determinada. Sea cual fuere el medio para la determinación, el deudor sólo está obligado, en principio, al pago de lo que pueda pactarse al tiempo de la celebración del contrato que, en el caso de las deudas de una suma de dinero sujetas a intereses moratorios, sería la suma que, diariamente, resulte de calcular los intereses a la tasa que corresponda, tomando como base la cantidad nominal de dinero objeto de la obligación.

Así, no puede pretenderse el cálculo de los intereses tomando como

capital el valor indexado de la obligación principal, pues el monto que alcanzaría la deuda al momento de su cancelación resultaría imprevisible, en tanto que, al momento de haberse perfeccionado la obligación, no podía saberse que habría retardo en su ejecución y, mucho menos, la oportunidad cuando la deuda se pagaría, luego de la ocurrencia del atraso. Debe añadirse que, según el artículo 532 del Código Civil, los intereses, en tanto que frutos civiles, se adquieren día a día, de tal manera que sólo podrían calcularse sobre la base del capital que constituía la deuda líquida y exigible cuando hubiere sido demandado el pago, pues la indexación sólo se produce luego de la decisión judicial que la acuerde y fije su monto, momento cuando los intereses moratorios ya habrían sido adquiridos por el acreedor.

Conforme al anterior criterio jurisprudencial, esta sentenciadora puede acordar simultáneamente el pago de los dos (2) conceptos solicitados, como lo son los intereses moratorios y la corrección monetaria por efecto de la devaluación de la moneda, siendo que los mismos no son excluyentes.

En virtud de lo anterior, esta Alzada declara PROCEDENTE la solicitud de intereses moratorios y la corrección monetaria o indexación de la cantidad demandada, conceptos ambos que deben ser cancelados por la parte perdedora en la presente causa, dicha corrección monetaria debe ser calculada desde la fecha de admisión de la demanda hasta la expresa constancia en actas del pago de la obligación y los intereses moratorios deberán calcularse teniendo como base el monto demandado antes de realizar sobre dicho monto la debida indexación. Así se decide”.

De la transcripción que antecede, observa la Sala que el juzgador superior reconoció a la parte demandada el derecho al cobro de la corrección monetaria como efecto de la depreciación del valor adquisitivo de la moneda. Ahora bien, sobre este pronunciamiento, acusa la recurrente que el juzgador jerárquico vertical, tenía la obligación de aplicar el contenido normativo previsto en el artículo 41 del Decreto con Fuerza de Ley del contrato de seguros.

Sobre el particular y partiendo de lo delatado por el formalizante, observa esta Sala que el demandante confunde el concepto de indemnización contenido en el citado artículo el cual señala infringido por falta de aplicación, con el concepto de corrección monetaria, como expresión propia del valor adquisitivo que adquiere la moneda.

En tal sentido, y advertido como ha sido por esta Sala el error conceptual que alberga la denuncia realizada por el actor, resulta determinante para esta Máxima Jurisdicción señalar, que el juzgador de alzada acordó a favor del actor la corrección monetaria solicitada en la demanda, siendo errónea para su determinación, la aplicación del artículo 41 del Decreto con Fuerza de Ley de Contrato del Seguro, cuyo concepto no guarda relación con lo denunciado por el recurrente, por lo cual la Sala determina que no se configuró en este caso, la violación delatada por el formalizante.

De igual forma, acusa el recurrente la errónea interpretación por parte de la alzada del artículo 58 del aludido Decreto con Fuerza de Ley del contrato de seguros, el cual se encontraba vigente para la época, contenido normativo que expresaba lo siguiente:

“Artículo 58: El seguro no puede ser objeto de enriquecimiento para el asegurado o el beneficiario. Para la determinación del daño se atenderá al valor del interés asegurado al momento inmediatamente anterior a la ocurrencia del siniestro. El beneficiario tendrá derecho a la corrección monetaria en el caso del pago de la indemnización.

Si el valor del interés asegurado al momento inmediatamente anterior a realizarse el siniestro es inferior a la suma asegurada, la empresa de seguros deberá devolver la prima cobrada en exceso, salvo pacto en contrario.

Las partes podrán sin embargo establecer previamente que la indemnización será una cantidad determinada independientemente del valor del interés asegurado”. (Resaltado de la Sala).

De acuerdo con la recurrida, anteriormente transcrita en la presente denuncia, se constata que, el juzgador con competencia funcional jerárquica vertical, para acordar la corrección monetaria de la cantidad condenada a pagar, utilizó como fundamento, que por una parte, se le solicitó en el escrito de la demanda y por la otra la depreciación del valor de la moneda; argumentos que, cabe destacar, son los que precisamente justifican la aplicación de dicho criterio reparatorio, reconociendo además, que el aludido artículo 58 de la Ley de contrato de seguros, reconoce al beneficiario, es decir, al asegurado, el derecho a la corrección monetaria.

En tal sentido, la Sala en sentencia N° 996, de fecha 31 de agosto de 2004, Exp. N° 03-001056, caso: Edna María Eugenia Eusse Angelucci contra Héctor Germán Mendieta Muñoz, estableció

“Contrario a ello, la indexación no es una pretensión de daños y perjuicios; ella tiene por objeto mitigar el efecto producido por la depreciación de la moneda aunado al retraso en el pago por parte del deudor y la demora material que genera el proceso judicial para su cobro, pues permite a través de los índices inflacionarios el reajuste del valor monetario, actualizándolo al valor del daño soportado por el acreedor desde la demanda hasta el momento en que por sentencia se ordene su liquidación, visto el derecho que tiene a que le sea indemnizada en su totalidad la lesión económica sufrida. Se trata, entonces, de un criterio de reparación relacionado con los conceptos de equidad y justicia social amparados por la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. En el ámbito civil la institución de la indexación o corrección monetaria, es aplicable a todas las obligaciones pecuniarias, vale decir, sobre todas las causas en las cuales se ventilen derechos disponibles y de interés privado”. (Resaltado de la Sala).

Con base al criterio jurisprudencial supra explanado, queda evidenciado que el tribunal de alzada para ordenar la predicha indexación solicitada,

consideró acertadamente, que la actora lo había peticionado en el escrito de la demanda y la misma procedía de acuerdo con la jurisprudencia de este Alto Tribunal, a los fines de dar valor real a la moneda, como consecuencia de su depreciación; haciendo referencia al principio indemnizatorio contenido en el artículo 58 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro (vigente para el momento).

De igual forma, observa esta Sala que el recurrente yerra sobre el concepto contenido en el artículo 41 de la Ley de contrato de seguros, el cual señala como no aplicado, siendo que la noción contenido en la señalada norma, tal como se puede verificar de la propia transcripción aquí expuesto, da cuenta sobre el concepto de indemnización, vocablo que no guarda analogía al supuesto denunciado con relación a la indexación o corrección monetaria, siendo así, y como consecuencia lógica, mal podría entonces estimarse que la recurrida se encuentra inficionada por falta de aplicación del artículo 41 y errónea interpretación del artículo 58, ambos de la Ley de contrato de seguros.

En consecuencia, la Sala considera que la denuncia formulada es improcedente. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01222.

FECHA: 08 de noviembre de 2017.

PARTES: La Oriental de Seguros, C.A. contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE).

.....
**TEMA: INSPECCIÓN Y REPARACIÓN DEL BIEN
SINIESTRADO SIN LA AUTORIZACIÓN DE LA EMPRESA
DE SEGURO**

Máxima: la compañía deberá realizar una inspección de los daños ocurridos al vehículo y el asegurado deberá presentar: i) copia del carnet de circulación; ii) copia de la licencia de conducir vigente, de la cédula de identidad y certificado médico del conductor; iii) copia del cuadro recibo póliza y; iv) actuaciones del tránsito certificadas en caso de levantamiento de accidente o declaración jurada.

Máxima: el asegurado reparó el automóvil asegurado sin contar con el consentimiento de la empresa aseguradora, por lo que no se realizó la inspección a los fines evaluar el daño y, por lo tanto, modificó el estado del mismo, lo cual claramente liberó de toda responsabilidad a la sociedad mercantil La Oriental de Seguros, C.A., tal como lo establece el artículo 69 de la Ley de Contrato de Seguro.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse respecto a la demanda de nulidad ejercida conjuntamente con amparo cautelar, por las apoderadas judiciales de la sociedad mercantil La Oriental de Seguros, C.A., en virtud del silencio administrativo en que incurrió el Ministro del Poder Popular para el Comercio al no decidir el recurso jerárquico incoado contra la Providencia Administrativa Nro. DEC-18-00078-2013, dictada el 30 de julio de 2013 por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

En este sentido, resulta pertinente citar el contenido de la cláusula Décima Séptima de las Condiciones Generales de la póliza de Vehículos Terrestres, la cual es del siguiente tenor:

“DÉCIMA SÉPTIMA: TRAMITES PARA LA RECLAMACIÓN.

Para hacer efectiva cualquier indemnización que pueda proceder según la presente póliza, EL ASEGURADO y EL CONDUCTOR del vehículo deberán de manera conjunta y mediante declaración personal escrita, notificar a LA COMPAÑÍA acerca de todas las circunstancias del siniestro; dentro del plazo de cinco (05) días hábiles a su ocurrencia y suministrarle los recaudos correspondientes a un lapso no mayor de diez (10) días hábiles contados a partir de la misma fecha. LA COMPAÑÍA podrá por una sola vez, solicitar cualquier otro documento adicional a los descritos en esta cláusula, siempre que se solicite dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de consignación del último de los recaudos. Si no hiciere la declaración o no presentare todos los recaudos exigidos en los lapsos indicados a objeto de poder determinar el derecho a indemnización que pueda derivarse, EL ASEGURADO perderá el derecho a la indemnización que le otorga esta póliza, excepto en caso de causa extraña no imputable a éste, debidamente probada.

Tanto EL CONDUCTOR como EL ASEGURADO, deben facilitar en todo caso a LA COMPAÑÍA toda clase de informes sobre el accidente, y en caso de pérdida total los siguientes recaudos:

(...Omissis...)

Para el caso de pérdidas parciales, las indemnizaciones a que hubiere lugar, se pagarán con base a facturas y documentos originales concernientes a servicios expresamente cubiertos por esta póliza y prestados al VEHÍCULO ASEGURADO. En estos casos, además de facilitar a LA COMPAÑÍA la inspección de los daños ocurridos al VEHÍCULO ASEGURADO, tanto el CONDUCTOR como EL ASEGURADO, según corresponda, deberá suministrar:

- a) Copia del Carnet de circulación y su original para realizar el respectivo cotejo del mismo.
- b) Copia de la licencia de conducir vigente del CONDUCTOR, y certificado médico, y su original para su cotejo de la misma.

- c) Copia de la cédula de identidad del CONDUCTOR, y su original para realizar el respectivo cotejo.
- d) Copia del Cuadro Recibo Póliza.
- e) Original de la denuncia del Cuerpo de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas, en caso de robo o hurto de partes del VEHÍCULO ASEGURADO en caso de contar con un Anexo de Accesorios.
- f) Actuaciones del tránsito certificadas en caso de levantamiento de accidente o declaración jurada.
- g) Informe de Bomberos, si corresponde”.

De lo anterior, se advierte que el asegurado y el conductor del vehículo deben de manera conjunta y mediante declaración personal escrita, notificar a la compañía acerca de todas las circunstancias del siniestro; dentro del plazo de cinco (5) días hábiles a su ocurrencia del hecho y suministrarle los recaudos correspondientes a un lapso no mayor de diez (10) días hábiles contados a partir de la misma fecha, en caso de incumplimiento perderá el derecho a la indemnización, salvo en caso de causa extraña no imputable a éste, debidamente probada.

En ese sentido, la compañía deberá realizar una inspección de los daños ocurridos al vehículo y el asegurado deberá presentar: i) copia del carnet de circulación; ii) copia de la licencia de conducir vigente, de la cédula de identidad y certificado médico del conductor, debiendo presentar de igual forma el original de los mencionados documentos para su cotejo; iii) copia del cuadro recibo póliza y; iv) actuaciones del tránsito certificadas en caso de levantamiento de accidente o declaración jurada.

Asimismo, conviene citar el artículo 69 de la Ley de Contrato de Seguro, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nro. 5.553 extraordinaria del 12 de noviembre de 2001, establece:

“Artículo 69: La empresa de seguros luego de notificado el siniestro,

tiene la obligación de proceder a la evaluación inmediata del daño. Mientras el daño no hubiese sido evaluado, el tomador, el asegurado o el beneficiario no debe, sin el consentimiento de la empresa de seguros, efectuar ningún cambio o modificación al estado de las cosas que pueda hacer más difícil o imposible la determinación de la causa del siniestro o del daño, a menos que tal cambio o modificación se imponga en favor del interés público o para evitar que se sobrevenga un daño mayor.

Si el beneficiario contraviniera esta obligación, con intención fraudulenta, la empresa de seguros queda liberada de toda responsabilidad”.

Conforme se aprecia del contenido de la citada norma, le corresponde a la empresa aseguradora realizar la evaluación del daño y mientras esto no se ejecute, el beneficiario no podrá efectuar ningún cambio o modificación al estado de la cosa (vehículo), sin el consentimiento previo de la aseguradora.

La Administración omitió valorar la existencia de otros recaudos requeridos para la procedencia de los siniestros previstos en la cláusula Décima Séptima de las Condiciones Generales de la Póliza de Vehículos Terrestres, que debían ser consignados en un lapso de diez (10) días siguientes contados a partir de la fecha del mismo, como lo son la copia de la licencia de conducir, cédula de identidad y certificado médico del conductor, carnet de circulación y cuadro de recibo póliza, siendo además que la empresa aseguradora consideró conveniente solicitar el oficio de liberación del vehículo del siniestro Nro. 56, pues se observa que el mismo devino de un accidente de tránsito que ocasionó el fallecimiento de dos (2) personas.

De esta manera, debe resaltarse en cuanto al siniestro Nro. 56, que la denunciante procedió a reparar el automóvil asegurado sin contar con el consentimiento de la empresa aseguradora, por lo que no se realizó la inspección a los fines evaluar el daño pues modificó el estado del mismo, lo cual claramente liberó de toda responsabilidad a la sociedad mercantil

La Oriental de Seguros, C.A., tal como lo establece el artículo 69 de la Ley de Contrato de Seguro, aplicable en razón del tiempo, situación que no fue considerada en el acto administrativo impugnado.

En este sentido, esta Sala considera que el Presidente del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) incurrió en un error al no apreciar correctamente los términos pactados entre las partes intervinientes en las condiciones generales del Contrato de Seguros así como en la Ley de Contrato de Seguro, pues hubiera concluido que la denunciante no presentó la totalidad de los recaudos requeridos dentro del lapso estipulado para que resultara procedente la materialización de la indemnización correspondiente a los siniestros Nro. 56 y 81, lo cual es imputable a su persona y que además procedió a reparar el vehículo sin previo consentimiento de la parte demandante, lo cual exoneraba de responsabilidad al accionante, razón por la cual se considera que el acto impugnado incurre en el alegado vicio de falso supuesto de derecho. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01327.

FECHA: 30 de noviembre de 2017.

PARTES: Seguros Qualitas, C.A contra el Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública, actualmente Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas.

.....

TEMA: INCREMENTO DE LAS TARIFAS EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: la empresa de seguros aumentó las tarifas de primas por hospitalización, cirugía y maternidad sin haber sido aprobado y consultado previamente por la

Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

EXTRACTO:

Del acto administrativo recurrido:

(...) En virtud de las consideraciones anteriores y luego de estudiadas las actas que conforman el presente expediente, esta Alzada pasa a pronunciarse sobre los alegatos de la recurrente, en los siguientes términos:

(...)

En relación al alegato concerniente al FALSO SUPUESTO EN CUANTO A LA APLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS 41 Y 42 DE LAA, Esta Alzada, estima pertinente indicar que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora tiene atribuida de manera expresa a través de la Ley que rige sus funciones, facultades de control sobre las empresas de seguros y reaseguros, a los fines de determinar tal y como ocurrió en el caso de autos, el supuesto de utilización de tarifas sin previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora contemplado en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Actividad Aseguradora sancionable de conformidad con lo dispuesto en el artículo 152, numeral 4 eiusdem.

Asimismo, en lo atinente al argumento expresado por el recurrente relacionado con el vicio de falso supuesto tanto en el derecho como en los hechos, cabe destacar que el falso supuesto se refiere, al hecho de que la Administración dicte un acto administrativo fundamentándose en una norma ilegal o inconstitucional, o cuando la autoridad administrativa se basa en una norma, sobre la cual no se discute su legalidad o constitucionalidad pero que era inaplicable al caso concreto. Igualmente, el falso supuesto puede generarse cuando los actos administrativos se dictan interpretando erróneamente una norma aplicable.

El mismo se relaciona con la exactitud material de los hechos que

invoca la autoridad administrativa, es decir, con la realidad o existencia de los hechos. Ahora, cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existente, se corresponden a lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al dictar el acto los subsume en una norma errónea o inexistente en el universo normativo para fundamentar su decisión, lo cual incide decisivamente en la esfera de los derechos subjetivos del administrado, se está en presencia de un falso supuesto de derecho que acarrearía la anulabilidad del acto.

De acuerdo a lo antes expuesto, se puede afirmar que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, no incurrió en falso supuesto de hecho ni de derecho, siendo evidente que el acto que se recurre no adolece de alguno de los supuestos señalados como hipótesis en las cuales se configura el vicio de falso supuesto, como lo es el hecho que la administración subsuma en una norma errónea o inexistente su decisión, caso éste, que no ocurrió así, y que la administración al momento de decidir toma en cuenta la realidad y la existencia de los hechos; así en el caso de autos, se aprecia que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora actuó en aplicación del ordenamiento jurídico vigente una vez comprobado los hechos antes mencionados, toda vez que no existe falsedad de los supuestos o motivos en que se basó el funcionario que los dictó, y los hechos que dan origen a la decisión administrativa realmente existen, se corresponde con lo acontecido y son verdaderos, en virtud de que la sociedad mercantil SEGUROS QUALITAS, C.A., estaba aplicando una tarifa que no se encontraba aprobada por el Órgano de Control, y había aumentado la en la (sic) renovación de la póliza sin la autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, violando la normativa establecida en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Actividad Aseguradora. Y así se decide.

En relación al alegato concerniente a “DE LA FALTA DE PRUEBA DEL ELEMENTO DE CULPABILIDAD” en el ámbito del Derecho Administrativo Sancionado la exigencia del elemento de culpabilidad en lo que respecta a su conocimiento real, ha sido sustituida por la

ficción legal de que se conoce el hecho cometido y sus consecuencias jurídicas, independientemente de la ausencia de manifestaciones intencionadas o maliciosas.

Por lo tanto, tomando en cuenta que la sociedad mercantil SEGUROS QUALITAS, C.A., debía poseer claro conocimiento de las obligaciones derivadas de su actividad aseguradora y de la norma que exige la utilización de tarifas con previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, las exigencias legales respecto a la cuantía de la prima, las cuales inciden, ante todo, en el principio de la suficiencia de la prima; es decidir, las primas deben ser suficientes para que la entidad aseguradora pueda cumplir con las obligaciones derivadas del contrato de seguro. Así, las entidades aseguradoras cuentan con expertos estadísticos y actuariales que utilizan técnicas basadas en materias como la estadística, la economía, la demografía, etc., para realizar previsiones sobre si con las primas que abonen los asegurados se obtiene las cantidades necesarias para que la entidad pueda constituir provisiones técnicas adecuadas que le permitan cubrir los siniestros, todas las primas deben ser equitativas y suficientes y no pueden fijar una tarifa de forma indiscriminada y sin fundamento, por cuanto se deben considerar los factores que en mayor medida permitan explicar o conocer el comportamiento del costo del riesgo, siendo que estos factores deben valorarse en los niveles adecuados para evitar una excesiva dispersión de tal costo, ya que el objetivo primordial del principio de suficiencia, es garantizar la capacidad del asegurador para hacer frente a las obligaciones contraídas, y en caso que por motivos exógenos la aseguradora evidencie que la tarifa que le fue aprobada en algún momento dejó de cumplir con esos principios técnicos de equidad y suficiencia, deberá someter a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, una nueva propuesta para su análisis y aprobación, no pudiendo utilizar una prima superior sin el consentimiento previo del Órgano de Control, por lo que esta Alzada considera que la empresa aseguradora no justificó debidamente el incumplimiento sancionado por la norma incurriendo en

dicho ilícito administrativo, contemplado en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Actividad Aseguradora, sancionable de conformidad con lo dispuesto en el artículo 152 numeral 5 ejusdem, constituyéndose tal situación en una culpa inexcusable. Y así se declara.

(...)

En virtud de las consideraciones anteriores, esta Alzada considera finalmente que la sociedad mercantil SEGUROS QUALITAS, C.A., incurrió en el supuesto de utilización de tarifas sin previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, frente a la tarifa aplicada a la Póliza de HCM colectivo BAS-B-1674 ODONT-454, con vigencia desde el 26 de noviembre al 26 de agosto de 2011, a nombre del Sindicato de Trabajadores Domínguez & Cía, S.A., hecho contemplado en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Actividad Aseguradora, sancionable de conformidad con lo dispuestos en el artículo 152 numeral 5 ejusdem por lo cual, debe esta Alzada declarar sin lugar el presente Recurso Jerárquico.

Corresponde a esta Sala pronunciarse sobre la demanda de nulidad ejercida contra la Resolución identificada con el alfanumérico F-020 del 26 de febrero de 2015, dictada por el Ministro del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública, la cual declaró sin lugar el recurso jerárquico ejercido por el actor y confirmó la Providencia Administrativa identificada con el alfanumérico FSAA-2-2-002180 del 29 de septiembre de 2014, que declaró "(...) SIN LUGAR el RECURSO DE RECONSIDERACIÓN interpuesto por la ciudadana ROSA MARÍA GARCÍA CASTILLO (...) actuando en su carácter de Presidente Ejecutivo de la [empresa demandante] contra el acto administrativo contenido en la Providencia No. FSAA-2-2-000175, de fecha 24 de enero de 2014, (...) donde [la] Superintendencia [de la Actividad Aseguradora] determinó el incumplimiento de los artículos 41 y 42 de la Ley de la Actividad Aseguradora, por parte de esa aseguradora al emplear en la suscripción de la Póliza Colectiva de Hospitalización, Cirugía y Maternidad distinguida con el No. BAS-B-1674, tarifas no autorizadas por [ese] órgano de control, imponiéndose multa por la cantidad de DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS BOLÍVARES SIN

CÉNTIMOS (Bs. 292.500,00), monto que corresponde al término medio de la sanción prevista en el artículo 152 numeral 5 eiusdem”. (Negrillas y mayúsculas del texto original y agregados de la Sala).

En ese sentido, esta Sala pasa a resolver los vicios atribuidos al acto administrativo impugnado y al efecto observa:

Falso supuesto de derecho.

Arguyó el apoderado judicial de la empresa demandante que la Providencia Administrativa incurrió en el aludido vicio en cuanto a la aplicación de los artículos 41 y 42 de la Ley de la Actividad Aseguradora, toda vez que a su decir “la disposición establecida en [dichos] artículos no pudo ser vulnerada por [su] representada, ya que ella simplemente, sobre la base de las sumas aseguradas por la póliza, aplicó la tarifa aprobada por la SAA y determinó la prima a pagar por el denunciante”. (Agregados de la Sala).

Visto lo anterior y respecto al falso supuesto, la jurisprudencia ha determinado que se configura de dos maneras: la primera relativa al falso supuesto de hecho, cuando la Administración al dictar un acto administrativo fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o que no se relacionan con el asunto controvertido; la segunda, cuando los hechos que den origen a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, sin embargo la Administración al dictar el acto los subsume en una norma inexistente o errónea, incidiendo en la esfera de los derechos del administrado. (Vid. Sentencia Nro. 01640, de fecha 3 de octubre de 2007).

En ese orden de consideraciones, observa la Sala que cursa en el expediente administrativo un escrito de fecha 9 de abril de 2011, remitido a través del correo sudeseg@sudeseg.gob.ve por el ciudadano Eduardo Socorro, titular de la cédula de identidad Nro. 12.775.038, quien en su carácter de Secretario General del Sindicato de Trabajadores Domínguez & Cía, S.A, informó a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora que la empre-

sa Seguros Qualitas, C.A., les notificó que para “continuar [prestando] el servicio (...) [debían] aceptar incrementos de hasta el 80% y el aumento deducible hasta el 100% de lo contrario no continuarán con el servicio”, respecto a la póliza colectiva identificada con el alfanumérico BAS-B-1674. (Folio 6 del expediente administrativo).

Ello así, mediante el oficio FSAA-2-3-4428-2011, el ciudadano José Luis Pérez, en el carácter de Superintendente de la Actividad Aseguradora procedió a informar de tal denuncia a la empresa demandante, la cual mediante escrito del 3 de noviembre de 2011 esgrimió sus defensas e indicó que “durante el período que estuvo vigente la póliza en cuestión (...) no se hizo ningún aumento de prima”.

También consta en el expediente administrativo (folio 41) que el ciudadano Valerio Sojo, en el carácter de Director Actuarial de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, a través del memorándum identificado con el alfanumérico SAA-1-1-220, señaló que “en los documentos anexos al expediente se indica que el pago de la prima es semestral (...) presentando el asegurado para el período 26/05/2011 al 26/11/2011 unas propuestas de renovación para el referido período donde existen tres diferentes alternativas en las cuales lo único que varía son los deducibles de Bs. 400,00, Bs. 600,00 y Bs. 800,00”.

Asimismo, indicó que respecto a las primas altas y bajas de la póliza colectiva en cuestión “no se corresponden a las aprobadas por [esa] Dependencia en el Oficio N° FSS-1-1-2308-10860 de fecha 26/12/2005, razón por la cual se evidencia que Seguros Qualitas, C.A., durante el período 26/11/2010 al 26/05/2011 comercializó tarifas que no se encuentran aprobadas por [la] Superintendencia de la Actividad Aseguradora”. (Agregados de la Sala).

Siendo ello así, y de conformidad con las documentales aportadas -durante la realización del procedimiento administrativo- por el representante del Sindicato de Trabajadores Domínguez & Cía S.A., contentivas de la

facturación de la póliza colectiva de hospitalización, cirugía y maternidad (folios 46 al 64 del expediente administrativo) realizada por Seguros Qualitas, C.A., la Superintendencia de la Actividad Aseguradora determinó a través del acto administrativo identificado con el alfanumérico FSAA-2-2-000175 del 24 de enero de 2014, que la demandante incurrió en una conducta sancionable, pues determinó que las “primas señaladas en relación a las altas y bajas de la póliza (...) No. BAS-B-1674, no se corresponde con las aprobadas por [esa] Superintendencia”. (Agregado de la Sala). (Folios 85 al 87).

Bajo la óptica de lo anterior, corresponde citar los artículos 41 y 42 de la Ley de la Actividad Aseguradora, los cuales prevén que:

“Artículo 41. Los modelos de pólizas, cuadros recibos o cuadros pólizas, solicitudes de seguro, finiquitos o recibos de indemnización, notificaciones de siniestros, anexos y demás documentos utilizados con ocasión de los contratos de seguros y las tarifas que las empresas de seguros utilicen en sus relaciones con el público, deben ser aprobados previamente por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, quien decidirá en un lapso no mayor de cuarenta y cinco días hábiles.

Las pólizas, cuadros recibos o cuadros pólizas, solicitudes de seguro, finiquitos o recibos de indemnización, notificaciones de siniestros, anexos y demás documentos o tarifas que no hayan sido aprobadas previamente por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora o la modificación de aquellos que hayan sido aprobados, serán nulos en lo que perjudiquen al tomador, al asegurado o al beneficiario, en cuyo caso, se aplicarán las condiciones aprobadas o aquellas que reposen en los archivos de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora que se ajusten a la tarifa aplicada por la empresa de seguros, sin menoscabo de las sanciones administrativas previstas en la presente Ley.

Artículo 42. Las tarifas aplicables por las empresas de seguros de-

ben ser aprobadas previamente por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y deberán determinarse con base en:

1. Información estadística actualizada, homogénea y representativa.
2. Suficiencia en cuanto a cobertura de riesgo a las cuales se adicionarán, márgenes razonables de intermediación, administración y utilidad esperada, las cuales se establecerán en el reglamento de la presente ley y en las normas prudenciales elaboradas, a tal efecto, por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Cuando en ejecución de políticas del Estado venezolano, por razones de interés público o social, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora apruebe una tarifa uniforme para cierta clase de riesgos, las empresas deberán aplicarla en sus operaciones en el ramo correspondiente.

Los reglamentos actuariales que sirvan de fundamento para la elaboración de las tarifas, deben estar suscritos por actuarios residentes en el país e inscritos en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

En aquellos seguros generales en que no sea posible contar con la referida información estadística, debido a la naturaleza del riesgo, a juicio de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora pueden emplearse experiencias estadísticas internacionales de mercados de seguros que tengan características similares a las del país.

En la elaboración de las tarifas de seguros de vida deben emplearse tablas actualizadas de mortalidad o de supervivencia de rentistas, que se adapten en lo posible a la experiencia de los asegurados en la República.

Los reglamentos actuariales deben contener las características de los tipos de seguros de que se trate y las fórmulas actuariales necesarias para la determinación de las primas. En el caso de seguros de vida individuales, deben contener además las fórmulas actuariales necesarias para la determinación de las reservas matemáticas, de los valores de rescate, de los seguros saldados y prorrogados, así

como cualquier otra opción de liquidación. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora determinará mediante normas prudenciales, los elementos específicos que deben contener tales reglamentos actuariales”.

Bajo la óptica de lo anterior, no observa la Sala que el acto administrativo impugnado haya incurrido en el vicio de falso supuesto de derecho, pues la Administración determinó y así se verifica de los autos que la empresa Seguros Qualitas, C.A., aumentó las tarifas de primas por hospitalización, cirugía y maternidad, según se evidencia de la comunicación S/N del 8 de abril de 2011, dirigida al Sindicato de Trabajadores Domínguez y Cía, S.A., sin haber sido aprobado y consultado previamente por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. (Folios 1 al 5 del expediente administrativo).

En ese sentido, se desestima con base en las advertidas razones el falso supuesto de derecho. Así se declara.

• • • • •

2018



TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00013.

FECHA: 17 de enero de 2018.

PARTES: Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A. contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), actualmente Superintendencia para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE).

.....
TEMA: PÉRDIDA TOTAL O INDEMNIZACIÓN DEL SINIESTRO

Máxima: la empresa demandante no demostró en sede administrativa que el bien siniestrado tuviera una pérdida que excediera del setenta y cinco por ciento (75%) y que dicho daño hubiese sido resarcido, sino que por el contrario pretendió eludir su responsabilidad al tratar de solventar a su conveniencia el siniestro, no ajustando su conducta al contrato. De esta manera correspondía a la empresa aseguradora indemnizar los daños ocurridos en el bien asegurado y no determinar su pérdida total.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse respecto a la demanda de nulidad incoada por la representación judicial de la sociedad mercantil Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., antes identificada, contra el acto denegatorio tácito derivado del silencio administrativo del Vicepresidente del Área Económica de Gobierno, al no decidir el recurso jerárquico incoado por su representada, contra la Providencia Administrativa identificada con el alfanumérico DEC-20-00540-2013 de fecha 18 de octubre de 2013, dictada por el Presidente del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE), por

la que se le impuso a la empresa demandante una multa por la cantidad de Tres Mil Unidades Tributarias (3.000 U.T.) equivalentes a un monto de Ciento Noventa y Cinco Mil Bolívars (Bs. 195.000,00), con fundamento en los artículos 126, 128 y 135 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios; y se ordenó reparar el vehículo objeto de la denuncia en sede administrativa propiedad del ciudadano José Ramón Villalba Briceño, ya identificado.

A tal fin, pasa este Máximo Tribunal a resolver los argumentos expuestos por la representación judicial de la compañía demandante y, a tal efecto, observa lo siguiente:

El apoderado judicial de la accionante expone que en el acto administrativo impugnado se afirma que su mandante incurrió en la violación de los artículos 8.6, 8.17, 8.18, 16.4, 18, 19, 78 y 79 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, referidos a los derechos y defensas de las personas frente a la prestación de servicios financieros y la responsabilidad del proveedor o la proveedora.

Que tal como se evidencia de los elementos probatorios presentados durante el procedimiento administrativo, la empresa aseguradora en ningún momento negó la cobertura del siniestro, más bien procedió diligentemente y dentro de los lapsos legales a efectuar la inspección de los daños, declarando la pérdida total del bien asegurado una vez que existió evidencia cierta de que los daños sufridos al vehículo siniestrado superarían el setenta y cinco por ciento (75%) de la suma asegurada, siendo -a su decir- el asegurado quien se negó a recibir la indemnización correspondiente.

Indica que su representada siempre prestó el servicio asegurador en forma continua, regular, eficaz, eficiente e ininterrumpida, como se desprende de la inspección del bien siniestrado, de las solicitudes de cotizaciones de los repuestos requeridos, así como, de la oferta de pago que le hizo al asegurado de cancelar el siniestro como pérdida total.

Sostiene que su mandante actuó apegada a las normas contractuales y legales, las cuales rigen su conducta como asegurador ante el siniestro reportado por el asegurado; por lo cual no le resultan aplicables los supuestos establecidos en los artículos 18 y 78 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios.

Respecto al mencionado vicio es conveniente reiterar que el falso supuesto se configura cuando la Administración al dictar un determinado acto administrativo fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o que ocurrieron de manera distinta a la apreciación efectuada por el órgano administrativo, verificándose de esta forma el denominado falso supuesto de hecho; igualmente, cuando los hechos que sirven de fundamento a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al emitir su pronunciamiento los subsume en una norma errónea o inexistente en el derecho positivo, se materializa el falso supuesto de derecho. Por tal virtud, dicho vicio -en sus dos (2) manifestaciones- afecta la causa de la decisión administrativa, acarrea en consecuencia su nulidad (Vid. Sentencias de esta Sala Político-Administrativa números 230 y 154 del 18 de febrero de 2009 y 11 de febrero de 2010, casos: Empresa Cirmar, C.A. Vs. Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT) e Inspectoría General de Tribunales Vs. Comisión de Funcionamiento y Reestructuración del Sistema Judicial, respectivamente).

Con respecto al falso supuesto de hecho alegado por la representación judicial de la empresa aseguradora, esta Sala aprecia que el ciudadano José Ramón Villalba Briceño (denunciante en sede administrativa), contrató con Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., una “Póliza de Casco de Vehículo Terrestre” con vigencia desde el 15 de junio de 2009 al 15 de junio de 2010, la cual tendría una cobertura total de Noventa y Un Mil Setecientos Cincuenta y Ocho Bolívares (Bs. 91.758,00), en caso de ocurrir una pérdida total sobre el bien asegurado (robo, hurto o daños cuyo valor sea igual o superior al setenta y cinco por ciento (75%) de la suma asegurada).

El 10 de mayo de 2010 el referido ciudadano notificó a la empresa de seguros respecto al siniestro del cual había sido objeto -robo de vehículo- en Puerto Ordaz, Estado Bolívar, el 7 de ese mes y año.

En esa misma fecha el vehículo asegurado fue recuperado por los cuerpos de seguridad del Estado.

Se aprecia del expediente administrativo tres (3) cotizaciones realizadas por la sociedad mercantil ToyoGil Puerto Ordaz, C.A., (taller mecánico autorizado por la Compañía de Seguros para la evaluación de los daños al vehículo siniestrado) identificadas como sigue:

1.- Número 707 del 29 de junio de 2010, por un monto de Veinte Mil Doscientos Cincuenta y Tres Bolívars con Sesenta y Cinco céntimos (Bs. 20.253,65) y actualización de dicho presupuesto de fecha 3 de septiembre de 2010 por Veintidós Mil Setecientos Sesenta y Nueve Bolívars con Un céntimo (Bs. 22.769,01).

2.- Número 379 del 23 de julio de 2010 por la cantidad de Veintitrés Mil Trescientos Bolívars con Cuarenta y Ocho céntimos (Bs. 23.300,48).

3.- La número 10701 del 3 de septiembre de 2010 por un monto de Siete Mil Quinientos Veinte Bolívars (Bs. 7.520,00).

Ahora bien, se observa que la suma de las cantidades referidas en los tres (3) presupuestos alcanzan un monto total de Cincuenta y Tres Mil Quinientos Ochenta y Nueve Bolívars con Cuarenta y Nueve céntimos (Bs. 53.589,49), esto es una cantidad inferior al setenta y cinco por ciento (75%) del valor de la suma asegurada que asciende a la cantidad Noventa y Un Mil Setecientos Cincuenta y Ocho Bolívars (Bs. 91.758,00), conforme lo reconoció la parte demandada en sus escritos.

De esta manera correspondía a la empresa aseguradora indemnizar los daños ocurridos en el bien asegurado y no determinar su pérdida total.

Con base en lo anterior y lo dispuesto en los artículos 8.6, 8.17, 8.18, 16.4, 18, 19, 78 y 79 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios de 2010, el Instituto demandado concluyó que la sociedad mercantil Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., no cumplió con los servicios pautados en el contrato, sino que por el contrario causó un perjuicio al denunciante al determinar la pérdida total del vehículo cuando el monto de la reparación del siniestro no superaba el setenta y cinco por ciento (75%) del valor del bien asegurado, tal como lo establece la cláusula 02 del condicionado de la póliza.

De esta manera se aprecia que la empresa demandante no demostró en sede administrativa que el bien siniestrado tuviera una pérdida que excediera del setenta y cinco por ciento (75%) y que dicho daño hubiese sido resarcido, sino que por el contrario pretendió eludir su responsabilidad al tratar de solventar a su conveniencia el siniestro, no ajustando su conducta al contrato. Así se declara.

En cuanto al falso supuesto de derecho señaló que la administración fundamentó su decisión en los artículos 8.6, 8.17, 8.18, 16.4, 18, 19, 78 y 79 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, los cuales establecen lo siguiente:

“Artículo 8. Son derechos de las personas en relación a los bienes y servicios:

(...)

6. La reposición del bien o resarcimiento del daño sufrido en los términos establecidos en la presente Ley.

(...)

17. La disposición y disfrute de los bienes y servicios, de forma continua, regular, eficaz, eficiente e ininterrumpida.

18. Los demás derechos que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y la normativa vigente establezcan o aquellos inherentes en el acceso de las personas a los bienes y servicios.

Artículo 16. Se prohíbe y se sancionará conforme a lo previsto en la presente Ley, todo acto o conducta ejecutada por las proveedoras o proveedores de bienes y por los prestadores de servicios, que impongan condiciones abusivas a las personas:

(...)

4. La negativa injustificada de satisfacer la demanda de las personas.

Artículo 18. Todo proveedor o proveedora de bienes o prestador de servicios estará obligado u obligada a respetar los términos, plazos, fechas, condiciones, modalidades, garantías, reservas y demás circunstancias conforme a las cuales hayan sido ofrecidos, publicitados o convenidos con las personas para entrega del bien o la prestación del servicio. Si el proveedor o proveedora incumpliere con las obligaciones antes mencionadas, las personas tendrán el derecho de exigir el cumplimiento de lo ofrecido o desistir de la compra o de la contratación del servicio, quedando el proveedor o proveedora obligado u obligada a rembolsar el pago recibido en los términos establecidos en esta Ley.

Artículo 19. El Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios conocerá, tramitará, sustanciará y sancionará las transgresiones a la presente Ley, relativas a la defensa de los ahorristas, asegurados o aseguradas y en general de las personas, usuarios o usuarias de que utilicen los servicios prestados por los bancos, aseguradoras, las entidades de ahorro y préstamo, las operadoras de tarjetas de crédito y otros entes financieros y demás servicios, quienes están obligados a prestarlos en forma continua, regular y eficiente.

Artículo 78. Los proveedores de bienes o servicios, cualquiera sea su naturaleza jurídica, serán solidaria y concurrentemente responsables, tanto por los hechos propios como por los de sus dependientes o auxiliares, permanentes o circunstanciales, aun cuando no tengan con los mismos una relación laboral.

Artículo 79. En materia de protección de las personas en el derecho al acceso a los bienes y servicios para la satisfacción de sus necesidades, serán solidariamente responsables los fabricantes, ensambladores, productores e importadores, comerciantes distribuidores, expendedores y todas aquellas personas que hayan participado en la cadena de distribución, producción y consumo del bien o servicio afectado, a menos que se compruebe la responsabilidad concreta de uno o algunos de ellos, la cual será determinada por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a Bienes y Servicios de conformidad con lo previsto en la presente Ley.”

De las normas transcritas se observa que le correspondía al Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) conocer, tramitar, sustanciar y sancionar las transgresiones a dicha Ley por parte de las empresas aseguradoras, las cuales se encuentran obligadas a prestar el servicio en forma eficiente y responsable.

Al respecto es importante reiterar que del expediente administrativo no se desprende que la empresa aseguradora haya cumplido con el deber de reponer o resarcir el daño sufrido, sino más bien que pretendió evadir la responsabilidad adquirida por el siniestro ocurrido al tratar de resolverlo a su conveniencia y no con la intención de satisfacer el servicio que presta. Cabe destacar, que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), al dictar el acto administrativo en el que señaló que las empresas de seguros están en la obligación de responder por los siniestros de manera efectiva y eficaz, a fin de solventar las denuncias que son realizadas por los asegurados y las aseguradas no se apartó del contenido y alcance de las normas en referencia, pues el objetivo de la Resolución es establecer en forma expresa la o las obligaciones para las referidas empresas. Así se establece.

En virtud de lo antes expuesto, esta Sala desestima el argumento relativo al falso supuesto de hecho y derecho alegado por la representación judicial de la empresa aseguradora recurrente. Así se decide.

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil .

SENTENCIA: RC.000067.

FECHA: 22 de febrero de 2018.

PARTES: Douglas Alberto Glod Sánchez contra Mercantil Seguros, C.A.

.....
**TEMA: HECHO PUNIBLE NO EXCLUIDO DE LA PÓLIZA
DE SEGURO**

Máxima: siendo el tribunal penal el único que califica el hecho delictivo y la responsabilidad penal, concluyó que se estaba en presencia del delito de desvalijamiento de vehículo, hecho punible no excluido de la póliza y, que ineludiblemente, conlleva a que la demandada deba cumplir con el pago respectivo en la forma en que fue pactado.

EXTRACTO:

De conformidad con el ordinal 1° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, el formalizante denuncia la infracción del ordinal 4° del artículo 243 eiusdem, en concordancia con el artículo 12 ibidem, y el único aparte del artículo 37 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, con fundamento en lo siguiente:

“Dentro del thema decidendum (sic) determinado por el sentenciador de la recurrida, estableció la naturaleza del siniestro acaecido presuntamente el 23 de julio de 2010 como robo de vehículo.

Luego el juzgador de la recurrida en forma vaga, genérica y abstracta señala que hay un acervo probatorio que fue objeto de análisis que demostró que el vehículo estaba desaparecido para el día 23-7-2010, pero no determina con cuáles pruebas se logró demostrar dicha circunstancia.

Es decir, por una parte, el Juez (Sic) de la recurrida da por establecida la desaparición del vehículo con la denuncia No. I-559-948 formulada el 26-07-2010 por el ciudadano DOUGLAS ALBERTO GLOD SANCHEZ, por ante la Sub-Delegación de Maturín, Estado Monagas del Cuerpo de Investigaciones, Científicas, Penales y Criminalísticas (en lo adelante lo identificaremos como CICPC). Vale observar que dicha denuncia fue reconocida y recibida por mi representada y allí el actor afirmó que el ciudadano LUIS ESCALONA, quien trabajaba como chofer de su vehículo, realizaba un traslado a la ciudad de Valencia, Estado Carabobo y el mismo se desapareció, realizando el citado conductor múltiples evasivas y falsas informaciones sobre la situación del transporte y el estado en que se encontraba el vehículo desde el día 23-07-2010; y, por la otra, con la sentencia proferida en fecha 07-12-2011 por el tribunal de Juicio No. 3 con sede en la ciudad de Barcelona, Estado Anzoátegui, en la cual citan la denuncia del 26-07-2010 realizada por el accionante por ante el CICPC con sede en Maturín, Estado Monagas y condena a cuatro (4) individuos, distintos al chofer LUIS ESCALONA, quienes fueron aprehendidos por efectivos del Comando Regional de la Guardia Nacional Bolivariana de esa jurisdicción, en el preciso momento en que estaban desvalijando el vehículo propiedad del actor.

A decir del Juez (Sic) se demostró la desaparición del vehículo con dicha denuncia, pero no toma en consideración que para el momento en que se produjo la desaparición, el vehículo se encontraba en posesión legítima del chofer LUIS ESCALONA, circunstancias ambas: tanto la posesión como la desaparición, distintas y previas al desvalijamiento que fuera procesado y sentenciado por el aludido tribunal penal.

No hay ninguna duda para quien suscribe el presente escrito, que esa forma de valorar las pruebas en forma global, abstracta y genérica, sin determinar la documental mediante la cual se demuestra la desaparición del vehículo, simplemente con la denuncia ante el organismo auxiliar de justicia, hace incurrir al sentenciador en el denominado vicio de petición de principios que anula de nulidad

absoluta la recurrida.

Por lo demás, ni la denuncia ni la sentencia daban por demostrada la desaparición del vehículo o el supuesto robo en que se fundamentó la acción de cumplimiento de contrato de seguro, como lo estableció la recurrida en el *thema decidendum* (sic).

La recurrida dio por demostrada la desaparición del vehículo y, en definitiva, el siniestro del robo del vehículo, tal como lo expresó en su decisión, sin ninguna prueba acerca del hecho delictual por el cual fue despojado el chofer del vehículo, LUIS ESCALONA, quien se encontraba en posesión legítima del mismo. Da por demostrado los hechos distintos relativos a la desaparición y el desvalijamiento del camión con la mera sentencia que emanó del tribunal penal.

Por tanto, no es cierto que se hiciera un exhaustivo y, por ende, que existiera plena prueba para demostrar el siniestro por robo de vehículo y el desvalijamiento, ya que, previo a este último hecho punible, la parte actora y asegurado debió demostrar el acaecimiento del riesgo del robo o hurto tal como señaló en su libelo de demanda, es decir, debió comprobar la desposesión del vehículo que se le hizo al chofer LUIS ESCALONA, para que luego se diera el tipo delictual de desvalijamiento.

Lo que existe como hecho admitido alegado en el libelo de demanda fue que el chofer LUIS ESCALONA, empleado contratado por el actor y persona bajo su dependencia, se encontraba en posesión legítima del vehículo siniestrado y que dicho ciudadano se desapareció sin dar cuenta de la situación que estaba ocurriendo con el vehículo asegurado, el cual posteriormente aparece desvalijado.

No hay plena prueba ni se hizo un cabal examen de las pruebas de autos sobre el robo del vehículo, ni sobre el desvalijamiento como señaló el Juez (Sic) de la recurrida. El juez da por probado esos tipos judiciales con la mención que hizo el demandante en su libelo de demanda acerca de la denuncia en el CICPC y con la sentencia penal cuya copia produjo en la recurrida, con lo cual, es evidente

que hay un incumplimiento de la carga probatoria de parte del demandante, tal y como veremos en delación autónoma.

Pareciera, entonces, que el Juez (Sic) dio por demostrado, hechos libelados sin la existencia de pruebas a los autos, con la sola mención en el libelo de demanda acerca de cómo ocurrió el siniestro del vehículo. Resaltemos que también en el libelo de demanda, la parte actora señaló que el vehículo se encontraba en posesión del chofer LUIS ESCALONA y que desapareció, con apropiación indebida. Destáquese igualmente que el ciudadano LUIS ESCALONA, hasta el día de hoy sigue sin aparecer, no ha rendido declaración alguna para aclarar sobre la presunta desposesión del vehículo de que fue objeto y que posteriormente apareció desvalijado y menos aún tampoco resultó procesado por algún delito contra la propiedad (robo o hurto), incluyendo el de apropiación indebida.

((Omissis))

El juez de la recurrida dio por demostrado el siniestro por el solo dicho del demandante, pero no existe plena prueba de ese tipo delictual, sino de un siniestro distinto que hacía preexistente el tipo delictual de robo, hurto o apropiación indebida del vehículo siniestrado, con lo cual es evidente que se incurrió en el vicio de petición de principio que se ha generado en el momento en que el juez, al decidir se basó en puras afirmaciones sobre los hechos, sin realizar un razonamiento lógico que apoye su decisión, incurriendo obviamente de igual forma en el vicio de falta de motivación o inmotivación por no dar cumplimiento a lo previsto en el ordinal 4° del artículo 243 CPC, en concatenación con lo estatuido en el artículo 12 eiusdem (sic), por lo que solicito sea casado el fallo recurrido por infracción de dicha norma” (Mayúsculas y negrillas del texto).

El formalizante denuncia la infracción del ordinal 4° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el artículo 12 eiusdem, y el único aparte del artículo 37 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, por cuanto, el juzgador de alzada había incurrido

en inmotivación en la modalidad de petición de principio, en razón, que el juzgador en forma vaga, genérica y abstracta señala que hay un acervo probatorio que fue objeto de análisis del cual se desprendió que la naturaleza del siniestro acaecido presuntamente el 23 de julio de 2010, fue robo de vehículo, sin establecer con cuáles pruebas se logró demostrar dicha circunstancia.

Siendo que, el recurrente aprecia “que esa forma de valorar las pruebas en forma global, abstracta y genérica, sin determinar la documental mediante la cual se demuestra la desaparición del vehículo, simplemente con la denuncia ante el organismo auxiliar de justicia, hace incurrir al sentenciador en el denominado vicio de petición de principios (sic) que anula de nulidad absoluta la recurrida”.

En tal sentido, el formalizante aduce que ni con la denuncia efectuada el 26 de julio de 2010, por el demandante por ante la Sub-Delegación de Maturín, estado Monagas del Cuerpo de Investigaciones, Científicas, Penales y Criminalísticas, ni la sentencia recurrida daban por demostrada la desaparición del vehículo o el supuesto robo en que se fundamentó, la presente acción de cumplimiento de contrato de seguro, tal y como, lo estableció el juzgador de alzada en su decisión.

Ahora bien, esta Sala indicó con respecto al vicio de petición de principio y la conducta procesal del juez, en sentencia N° 714, de fecha 4 de noviembre de 2005, caso: Magaly Cannizzaro de Capriles contra Valores y Desarrollos Vadesa, S.A., lo siguiente: “...Acusa el formalizante la inmotivación del fallo con base en la existencia de un supuesto error de lógica denominado petición de principio. Sobre este vicio de la sentencia, esta Sala, en sentencia número 488, publicada el 20/12/2002, caso INVERSIONES LA CIMA C.A., contra CONSTRUCTORA SANTO DOMINGO C.A., dejó sentado:

“Respecto a los particulares denunciados por el formalizante en la presente delación, en especial, en lo referido al sofisma denomi-

nado petición de principio, tenemos que esta Sala en sentencia de fecha 13 de abril del 2000, caso Guillermo Alonso Cerdeño contra Luigi Faratro Ciccone, expediente N° 99-468, ratificando criterio previamente establecido en decisión de fecha 4 de octubre de 1989, textualmente estableció:

“...La lógica del razonamiento rechaza el sofisma denominado petición de principio, que consiste en dar como cierto lo que se trata de probar. La determinación de un hecho, de un concepto, no debe realizarse con el mismo concepto definido: Lo definido no debe entrar en la definición. Tal petición de principio ocurre, en el ámbito jurisdiccional, cuando el Tribunal se fundamenta en un proveimiento recurrible, para declararlo irrecurrible...

El Juez estaría tomando el proferimiento de su sentencia, como si ella, con la sola publicación, hubiera adquirido la autoridad de la cosa juzgada, lo cual no es cierto, porque esta solo adviene de la no interposición del recurso en cuestión, o de su improcedencia. No le impone la Ley al Juez que contradiga su convicción, sino que haga conducente el derecho a la defensa, a fin de que el recurrente pueda hacer revisar por la Sala el motivo que adujo aquél para negar el recurso...” (Cursivas de la sentencia).

En tal sentido, en decisión N° 36 de fecha 17 de febrero de 2017, caso: Byrobyatiuska Haz Rodríguez contra Edixon Francisco Moreno Quintero, se determinó lo siguiente:

“el vicio de petición de principio se verifica por dos motivos fundamentales:

El primero, en la argumentación del fallo, dado que la petición de principio constituye un vicio que se genera cuando el juez da por demostrado aquello que debe ser probado, y que consiste en dar como cierto lo que se trata de probar. La determinación de un hecho, de un concepto, no debe realizarse con el mismo concepto definido: Lo definido no debe entrar en la definición, dicho en otras

palabras, el juez al momento de decidir no puede basarse en puras afirmaciones sobre los hechos, es su deber realizar un razonamiento lógico que apoye su decisión, porque de no hacerlo se incurriría, como ya se expresó, en el vicio de inmotivación el cual está previsto en el ordinal 4º del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil.

El segundo, como consecuencia de la actividad procesal del juez, dado que se comete el vicio de petición de principio, cuando el tribunal se fundamenta en un proveimiento recurrible, para declararlo irrecurrible. El Juez estaría tomando el proferimiento de su sentencia, como si ella, con la sola publicación, hubiera adquirido la autoridad de la cosa juzgada, lo cual no es cierto, porque ésta sólo adviene de la no interposición del recurso en cuestión, o de su improcedencia”. (Negritas y subrayado de la decisión).

Ante lo denunciado por el formalizante, esta Sala observa, que el ad quem estableció en su fallo, lo siguiente:

“En efecto, la actora hizo alusión a un presunto robo y la demandada a la existencia de un delito de apropiación indebida excluido por la póliza y que impide el pago; o sea, dos cuestiones trascendentes que deben ser consideradas para la resolución del presente caso. Empero, es importante destacar que es el órgano jurisdiccional penal es el que califica el hecho punible y el que establece la responsabilidad, lo cual resulta trascendente para el juicio de mérito, más allá de lo que las partes hayan presumido o afirmado explícitamente.

En ese sentido, se deriva de las actas procesales: (i) Acta de denuncia No. I-559-948 (Folios 23 al 25), marcada con la letra “D” formulada el 26-07-2010 por el ciudadano DOUGLAS ALBERTO GLOD SANCHEZ ante la Sub-Delegación de Maturín - Edo. Monagas del Cuerpo de Investigaciones, Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC), la cual fue reconocida y recibida por la demandada, en la cual el actor manifestó que el ciudadano LUIS ESCALONA, quien trabajaba como chofer de su vehículo (identificado ab-initio), reali-

zó un traslado a la Ciudad de Valencia-Estado Carabobo y el mismo se desapareció, realizando múltiples evasivas y falsas informaciones sobre la situación del transporte y el estado en que se encontraba el vehículo desde el día viernes 23-07-2010; y (ii) Sentencia (sic) definitiva condenatoria (admisión de los hechos) dictada por el Tribunal de Juicio No.3 de Barcelona, Estado Anzoátegui en fecha 07-12-2011 (Folios 251 al 259), mediante la cual narran la denuncia del 26-07-2010 realizada por el accionante y posteriormente que el vehículo fue encontrado por el Comando Regional de la Guardia Nacional Bolivariana cuando estaba siendo desvalijado, declarándose a los acusados JESUS DANIEL LANDAETA CARAGUAIMA, MOISÉS JESÚS LACAVE PÉREZ, JOSÉ MIGUEL SANZ ITANARE y JOSE GILBERTO REYES MIRABAL culpables por los delitos de DESVALIJAMIENTO DE VEHÍCULO y ASOCIACIÓN PARA DELINQUIR.

De modo que, el automóvil de carga asegurado y desaparecido, quedó evidenciado que fue objeto del delito de desvalijamiento de vehículo, tipo delictivo no excluido por la póliza en su “Cláusula N° 5”, que es ley entre las partes aquí litigantes, y que desvirtúa la alegación de la accionada de que se estaba en presencia de una apropiación indebida (que impedía el pago), elemento fáctico que no fue acreditado en autos. De ahí que, la excepción invocada por la accionada, al quedar desestimada, conlleva a la procedencia del pago estipulado en la póliza.

En lo atinente al instrumento producido en autos en copia (Gaceta Oficial N° 40.235 del 23/8/2013), se aprecia el mismo, al estar vinculado a un hecho también importante alegado en autos, ya que se deriva que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora determina que a pesar de que hubo retardo en el trámite del siniestro de parte de la empresa aquí demandada, existen dudas razonables de cómo ocurrieron los hechos y que contaba con una causa justificada para negar el pago y que no hubo elusión. Sin embargo, la causa que para la aseguradora parecía justificada (finca en la existencia de una apropiación indebida) ha quedado desvirtuada como se señaló anteriormente, puesto que el tribunal penal, que es el único

que califica el hecho delictivo y la responsabilidad penal, determinó que se estaba en presencia del delito de desvalijamiento de vehículo, hecho punible no excluido de la póliza y, que ineluctablemente, conlleva a que la demandada deba cumplir con el pago respectivo en la forma en que fue pactado”.

De la decisión *ut supra* transcrita se observa, contrario a lo delatado que la referida decisión recurrida, si tiene un análisis razonado que permite conocer los motivos que ha tenido el juzgador para su decisión, por cuanto, ante el alegato invocado por el demandante como fue la alusión a un presunto robo y la defensa invocada alegada por la demandada, relativa a la existencia de un delito de apropiación indebida excluido por la póliza y que impide el pago demandado; el *ad quem* estimó que es el órgano jurisdiccional penal el que califica el hecho punible y el que determina la responsabilidad, lo cual resulta trascendente para la presente causa, más allá de lo que las partes hayan presumido o afirmado explícitamente.

De manera que, el juzgador de alzada ante tal circunstancia apreció que la sentencia proferida en fecha 7 de diciembre 2011, por el Tribunal de Juicio No.3 de la Circunscripción Judicial del estado Anzoátegui, con sede en Barcelona, declaró que quedó plenamente demostrado que el automóvil de carga asegurado y desaparecido, fue objeto del delito de desvalijamiento de vehículo, tipo delictivo no excluido por la póliza en su Cláusula N° 5, situación esta que desvirtúa la alegación de la accionada atinente a que se estaba en presencia de una apropiación indebida.

Por consiguiente, el *ad quem* al evidenciar en el caso *in commento* que siendo el tribunal penal, el único que califica el hecho delictivo y la responsabilidad penal, concluyó que se estaba en presencia del delito de desvalijamiento de vehículo, hecho punible no excluido de la póliza y, que ineludiblemente, conlleva a que la demandada deba cumplir con el pago respectivo en la forma en que fue pactado.

Acorde con lo determinado por el juzgador de alzada en su decisión, esta

Sala al constatar que el juzgador con fundamento en la decisión proferida en la jurisdicción penal, dio por demostrado que el vehículo de carga asegurado y desaparecido, fue objeto del delito de desvalijamiento, ante tal apreciación no se desprende que el juez diera como cierto lo que se trata de probar, como fue el cumplimiento de contrato de seguro por parte de la empresa demandada.

Por consiguiente, la Sala desestima la presente denuncia de infracción del ordinal 4° del artículo 243, del Código de Procedimiento Civil, artículo 12 eiusdem, y el único aparte del artículo 37 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro. Así se decide.

.....

**TEMA: SISTEMAS DE SEGURIDAD EN EL VEHÍCULO
ASEGURADO Y EL PAGO DEL SINIESTRO**

Máxima: el juzgador de alzada estableció que la demandada acreditó en los autos que la accionante incumplió con la obligación acordada en el anexo 1 de la póliza de seguro, como era que el asegurado debía instalar en el vehículo los dispositivos de seguridad, por lo que, ante tal incumplimiento de la demandante, el juzgador estimó procedente condenar a la accionada a pagar a la accionante sólo el setenta y cinco por ciento (75%) de la cantidad asegurada.

EXTRACTO:

El formalizante en primer término delata que el juzgador de alzada “no emitió pronunciamiento alguno sobre la circunstancia del robo que fue narrado como el riesgo en el libelo de demanda y que fuera denunciado por el asegurado ante el CICPC”, “no explicó el sentenciador de alzada fue, bajo que figura quedó tipificada la desaparición del vehículo asegurado, si fue mediante robo, hurto o apropiación indebida”.

De igual modo, el recurrente en segundo término denuncia que el ad quem incurrió en el vicio de incongruencia positiva, en razón, que otorgó una condenatoria que no fue peticionada por la demandante, siendo que, esta no exigió el pago que acordó el juzgador de condenar el setenta y cinco por ciento (75%) de la cantidad asegurada.

Ahora bien, esta Sala ha sostenido en forma reiterada que el artículo 243 ordinal 5º del Código de Procedimiento Civil, está referido al requisito de congruencia que obliga al juez el deber de dictar decisión expresa, positiva y precisa, con arreglo a la pretensión deducida y a las excepciones o defensas opuestas.

Efectivamente, la disposición antes citada, sujeta el pronunciamiento del juez a todos los alegatos formulados por las partes, en principio, en el libelo y en la contestación, sin que le sea posible dejar de decidir alguno de ellos (incongruencia negativa), o por el contrario, extender su decisión sobre excepciones o argumentos de hecho no formulados en el proceso o excederse en lo solicitado oportunamente por las partes (incongruencia positiva), y posteriormente, extendió este criterio a los argumentos expuestos en el escrito de informes, siempre que hubiesen sido de imposible presentación en el libelo y contestación, y resulten determinantes en la suerte de la controversia. (Vid. decisión N° 409, de fecha 8 de junio de 2012, caso: Luis Bracho Valbuena contra Royal & Sunalliance Seguros (Venezuela) S.A. y N° 483 de fecha 2 de julio de 2007, caso: Homero Edmundo Andrade Briceño contra Pablo Antonio Carrillo Calderón).

En tal sentido, esta Sala en sentencia N° 546 de fecha 11 de agosto de 2016, caso: Rafael Gallardo Gil y Adriany de los Ángeles Álvarez, contra la ciudadana Agnesa María Pellegrino Figueroa, exp. 2015-000549, determinó, lo siguiente:

“Se vulnera pues, el derecho a la tutela judicial efectiva, si el pronunciamiento judicial “altera el objeto del proceso”, su elemento

objetivo, causa de pedir, petitum, modificando sustancialmente los términos en que se planteó el debate procesal y violando el principio de contradicción, por eso, es deber procesal del juez en la construcción del fallo para tutelar la litis, decidir sobre todo y sólo sobre las cuestiones planteadas en la controversia, siempre y cuando la desviación sea de tal naturaleza que suponga una sustancial modificación en los términos en que discurrió la controversia procesal.

Pero, para que se entienda vulnerada la tutela judicial efectiva de rango constitucional, es necesario se haya incurrido en una incongruencia negativa (omisiva, minus petita ó citra petita) de la cuestión planteada cuyo fallo no dé, no resuelva, todas las pretensiones y excepciones, no da una respuesta razonada, y que además, razonablemente, no pueda deducirse del conjunto de la resolución la existencia de una desestimación tácita de la pretensión planteada, circunstancia ésta que se traduce en una denegación técnica de justicia, pues quedó imprejuizado lo que efectivamente fue planteado ante el órgano judicial en el momento procesal oportuno, contrariando el contenido normativo de los artículos 26 y 257 constitucionales.

(Omissis)

Bajo una interpretación constitucional, vale decir, a la luz del caleidoscopio de valores principios y garantías constitucionales y su reglamentación procesal, la incongruencia es el desajuste entre el fallo judicial y los términos en que las partes formularon sus pretensiones, concediendo el Juez en su fallo, un irrespeto o desvinculación a lo alegado (hechos), consistente en: más, menos o cosa distinta o tergiversando (modificando) los términos en que discurrió la controversia procesal, vale decir, de lo realmente trabado en el contradictorio, propia de una efectiva denegación de justicia y del derecho a una tutela judicial efectiva. La relevancia constitucional de la incongruencia viene dada, en consecuencia, por la situación de indefensión generada por la alteración de los términos del debate y ésta es de tal naturaleza que supone una trascendental

modificación del debate o dialéctica procesal, violándose el contradictorio, el derecho de defensa, pues solo la resolución que se ajusta al debate y a la dialéctica del proceso es una decisión justa. La nulidad de la sentencia, entonces, debe ser la consecuencia de una incongruencia trascendente e importante, y sin posibilidad de posterior saneamiento, que adquiere relevancia constitucional en tanto forma de incongruencia determinante de una situación de indefensión, estando así consagrado él: *iudex iudicare debet secundum allégate el probata partium*, como parte del derecho de defensa que establece el artículo 49.1 de la Carta Política de 1999.

Por eso, el proyecto de Código Procesal Civil, como iniciativa legislativa del Tribunal Supremo de Justicia, ha dispuesto, como objeto y fin, entre otros del instrumento procesal, el de interdictar la incongruencia, a través de la obligación del Juez de la etapa de Juicio de sanear la litis trabándola, es decir, de fijar junto con las partes los límites de los extensos escritos de demanda y de contestación, para que ya no yerre éste sobre los límites de las peticiones, generándose una situación de espejo (reflejo idéntico de la carga alegatoria de la litis y el fallo) que culmina con una sentencia perentoria que obliga al juez dentro de la hermenéutica de su construcción a que realice: “una relación lógica entre premisas y conclusiones con decisión expresa, precisa y positiva, con arreglos a las pretensiones deducidas y las excepciones o defensas opuestas”. De ello deriva que el fallo no puede entenderse como un único silogismo cuya premisa mayor está constituida por una norma abstracta y la premisa menor por los elementos de hecho, y la conclusión por la aplicación de aquella a ésta (lógica), sino que, a los efectos de no incurrir en incongruencias, como dice Rosenberg (*Tratado de Derecho Procesal Civil*. Tomo II, pág. 331. Ed EJE. 1955), no se trata de un solo silogismo (silogismo único), sino de tantos como sean las pretensiones u oposiciones planteadas en el proceso, y que aquéllos a su vez se apoyan en silogismos auxiliares derivados en las menciones contenidas en la norma o normas aplicables al caso y, agregando con Gozaini (*Derecho Procesal Civil*. Tomo I, pág. 663,

Ed EDIAR. 1992), la voluntad, pues, la sentencia no es un simple silogismo, también es una voluntad, por ello Guasp, señala que: “se olvida que el resultado al que llega el juez, y que expresa en la sentencia, es el fruto, no de un juicio lógico objetivo realizado por el órgano jurisdiccional a base de los materiales recogidos en el proceso, sino de una convicción psicológica que no está o no debe estar sometida, en cuanto a su formación, a reglas fijadas a priori, y en la que entran o puedan entrar, en lo que a valoración de los hechos se refiere, no sólo razonamientos puros, sino simples expresiones, creencias e incluso típicos actos de voluntad”. En estos últimos entran la positivización de los valores constitucionales, el desarrollo inmediato de sus principios y garantías constitucionales y del derecho en general bajo su interpretación sometida al valor justicia, a las máximas de experiencia, a las notoriedades judiciales y los hechos notorios que logran la humanización del fallo teñiéndose al ser humano como su destinatario, volviendo al sentiré como valor etimológico del cual parte y al cual llega la realización de la justicia. La humanización del Derecho es la vía para la consecución de la Justicia. (Arts. 2 y 257 CRBV).

La sentencia, vista esa dualidad, se encuentra dentro del ojo de la tormenta procesal y es labor de los jueces, emitir un pronunciamiento sobre todo lo que forma parte del *thema decidendum*, siendo obligatorio para el *ad quem*, en el sub iudice pronunciarse en relación con los alegatos expuestos por las partes, tanto en el escrito libelar por lo que respecta a los demandantes, así como lo expresado por la accionada en su escrito de contestación a la demanda, los cuales constituyen el fundamento de su defensa y que conformaron la trabazón de la *Litis*”. (Negritillas y cursivas del texto).

Ahora bien, esta Sala en primer término con respecto a la denunciada omisión de pronunciamiento por parte del juzgador de alzada sobre la circunstancia del robo que fue narrado como el riesgo en el libelo de demanda, aprecia que el juzgador estableció en su fallo, lo siguiente:

“En efecto, la actora hizo alusión a un presunto robo y la demandada a la existencia de un delito de apropiación indebida excluido por la póliza y que impide el pago; o sea, dos cuestiones trascendentales que deben ser consideradas para la resolución del presente caso. Empero, es importante destacar que es el órgano jurisdiccional penal el que califica el hecho punible y el que establece la responsabilidad, lo cual resulta trascendente para el juicio de mérito, más allá de lo que las partes hayan presumido o afirmado explícitamente.

En ese sentido, se deriva de las actas procesales: (i) Acta de denuncia No. I-559-948 (Folios 23 al 25), marcada con la letra “D” formulada el 26-07-2010 por el ciudadano DOUGLAS ALBERTO GLOD SANCHEZ ante la Sub-Delegación de Maturín - Edo. Monagas del Cuerpo de Investigaciones, Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC), la cual fue reconocida y recibida por la demandada, en la cual el actor manifestó que el ciudadano LUIS ESCALONA, quien trabajaba como chofer de su vehículo (identificado ab-initio), realizó un traslado a la Ciudad de Valencia-Estado Carabobo y el mismo se desapareció, realizando múltiples evasivas y falsas informaciones sobre la situación del transporte y el estado en que se encontraba el vehículo desde el día viernes 23-07-2010; y (ii) Sentencia (sic) definitiva condenatoria (admisión de los hechos) dictada por el Tribunal de Juicio No.3 de Barcelona, Estado Anzoátegui en fecha 07-12-2011 (Folios 251 al 259), mediante la cual narran la denuncia del 26-07-2010 realizada por el accionante y posteriormente que el vehículo fue encontrado por el Comando Regional de la Guardia Nacional Bolivariana cuando estaba siendo desvalijado, declarándose a los acusados JESUS DANIEL LANDAETA CARAGUAIMA, MOISÉS JESÚS LACAVE PÉREZ, JOSÉ MIGUEL SANZ ITANARE y JOSE GILBERTO REYES MIRABAL culpables por los delitos de DESVALIJAMIENTO DE VEHÍCULO y ASOCIACIÓN PARA DELINQUIR.

De modo que, el automóvil de carga asegurado y desaparecido, quedó evidenciado que fue objeto del delito de desvalijamiento de vehículo, tipo delictivo no excluido por la póliza en su “Cláusula N° 5”, que es ley entre las partes aquí litigantes, y que desvirtúa

la alegación de la accionada de que se estaba en presencia de una apropiación indebida (que impedía el pago), elemento fáctico que no fue acreditado en autos. De ahí que, la excepción invocada por la accionada, al quedar desestimada, conlleva a la procedencia del pago estipulado en la póliza”.

Conforme con lo determinado por el ad quem en su decisión, la Sala observa que contrario a lo alegado por el formalizante, el juzgador emitió el correspondiente pronunciamiento sobre la defensa esgrimida por el demandante en su escrito libelar, estableciendo al respecto que al valorar la decisión proferida ante la jurisdicción penal, la cual se encuentra relacionada a elementos fácticos en que se basa tanto la pretensión del demandante, como la defensa de la demandada, siendo que, el accionante hizo alusión a un presunto robo y la accionada a la existencia de un delito de apropiación indebida excluido por la póliza y que impide el pago.

Por consiguiente, el juzgador de alzada observó que el automóvil de carga asegurado y desaparecido, fue objeto del delito de desvalijamiento de vehículo, tipo delictivo no excluido por la póliza en su cláusula N° 5, circunstancia esta que desvirtúa la alegación de la demandada de que se estaba en presencia de una apropiación indebida, elemento fáctico que no fue acreditado en autos, razón por la cual, estimó que la excepción invocada por la accionada, al quedar desestimada, la misma conlleva a la procedencia del pago estipulado en la póliza.

De manera que, ante tal razonamiento aportado esta Sala evidencia que el ad quem emitió el correspondiente pronunciamiento, mediante el cual determinó la figura delictual bajo la cual quedó tipificada la desaparición del vehículo asegurado, como fue la de desvalijamiento de vehículo.

Ahora bien, esta Sala en segundo término con el propósito de corroborar o no lo concerniente al vicio de incongruencia positiva, estima pertinente transcribir un extracto parcial del petitorio del libelo de la demanda, el cual es del siguiente tenor:

“SEGUNDO: En pagar la cantidad de DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL BOLÍVARES (Bs. 247.000,00), que es la suma asegurada para cubrir el siniestro de pérdida total por sustracción ilegítima ocurrido al identificado vehículo”. (Mayúsculas y negrillas del texto).

En tal sentido, esta Máxima Jurisdicción pasa a señalar lo determinado en la sentencia recurrida, a fin de constatar lo denunciado por el formalizante:

“TERCERO. Del examen exhaustivo de las pruebas que hicieron valer tanto el actor como la demandada, se deriva meridianamente que quedó evidenciada la existencia del contrato de seguro cuyo cumplimiento se demanda, que es ley entre los contratantes conforme al artículo 1.159 del Código Civil, que fue suscrito por las partes el día 29 de abril de 2010, cuya vigencia estuvo comprendida del 27-04-2010 al 27-04-2011, y que el monto asegurado, según la póliza, es de DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL BOLÍVARES (Bs. 247.000,00), el cual debe tomarse en consideración para la respectiva indemnización.

Igualmente, quedó demostrado conforme al acervo probatorio que fue objeto de análisis que el siniestro del vehículo (identificado ab-initio) acaeció desde el día 23-07-2010 (desaparecido) hasta el 29 de julio de 2010 (desvalijado), cuando se encontraba vigente la póliza de seguros.

((Omissis))

Ahora bien, la parte demandada también opuso las estipulaciones acordadas por las partes y contenidas en el Anexo Nro. 1 de la póliza de seguro, de fecha 16 de julio de 2011, en la cual se convino que el asegurado debía instalar en el vehículo, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a dicha fecha, los dispositivos de seguridad de los que carecía, y que en caso de no instalarse, la empresa

aseguradora sólo estaría obligada a indemnizar el setenta y cinco por ciento (75%) de la suma asegurada.

De ahí que, este Tribunal observa que la representación judicial de la parte demandada probó la obligación en cabeza de la parte actora de instalar los dispositivos de seguridad, no acreditando la accionante que haya cumplido con la obligación de instalar dichos dispositivos, por lo que se debe condenar a la parte demandada a pagar al demandante sólo el setenta y cinco por ciento (75%) de la cantidad asegurada, es decir, ciento ochenta y cinco mil doscientos bolívares (Bs. 185.200,00), por cuanto la demandada probó que la parte actora no le había instalado al vehículo asegurado los dispositivos de seguridad, de conformidad con lo establecido en el Anexo Nro. 1 del cuadro de póliza”. (Negritas y mayúsculas del texto).

De la precedente transcripción, se evidencia que el ad quem apreció que en el sub iudice quedó demostrada la existencia del contrato de seguro cuyo cumplimiento se demanda, el cual es ley entre las partes, y que el monto asegurado, según la póliza, es de doscientos cuarenta y siete mil bolívares (Bs. 247.000,00), el cual debe tomarse en consideración para la respectiva indemnización.

En tal sentido, el juzgador de alzada estableció que la demandada acreditó en los autos que la accionante incumplió con la obligación acordada en el anexo 1 de la póliza de seguro, como era que el asegurado debía instalar en el vehículo los dispositivos de seguridad, por lo que, ante tal incumplimiento de la demandante, el juzgador estimó procedente condenar a la accionada a pagar a la accionante sólo el setenta y cinco por ciento (75%) de la cantidad asegurada, es decir, la cantidad de ciento ochenta y cinco mil doscientos bolívares (Bs. 185.200,00).

Ante lo determinado por el ad quem en su decisión, esta Máxima Jurisdicción no evidencia que el juzgador incurriera en el vicio de incongruencia positiva, en razón, que no otorgó una condenatoria ajena a lo peticionada por la demandante, por el contrario, si bien la accionante solicitó que se

le pagara la suma asegurada como fue la cantidad de doscientos cuarenta y siete mil bolívars (Bs. 247.000,00), ante su incumplimiento de lo estipulado en el anexo 1 de la póliza de seguro, el juzgador en concordancia con lo acordado en dicha póliza, únicamente podía condenar a la accionada a pagar el setenta y cinco por ciento (75%) de la cantidad asegurada.

En consecuencia, esta Sala declara improcedente la infracción del ordinal 5° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el artículo 12 eiusdem. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00295.

FECHA: 15 de marzo de 2018.

PARTES: Seguros Qualitas, C.A., contra La Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE).

.....

TEMA: EXCLUSIÓN EN EL CONTRATO (DISFUNCIÓN ERÉCTIL)

Máxima: las empresas de seguros pueden asumir todos, algunos o parte de los riesgos a que esté expuesta la persona o el bien asegurado, señalando que son libres de establecer en sus contratos de seguros cuáles riesgos se encuentran expresamente amparados por la cobertura y cuáles de ellos están excluidos, es decir, qué tipo de riesgos no serán trasladados a ella, entre otros factores, porque los mismos no han sido considerados para la estimación de su tarifa, por lo cual el asegurado no ha pagado prima para su cobertura, y por ende, el asegurador no tiene la obligación de indemnizarlos.

Máxima: la garantía de prestación del servicio (riesgo cubierto) como las causales de exclusión de dicha prestación deben ser formales e inequívocas. Insistiéndose en que las estipulaciones contractuales que contengan las mismas deberán redactarse de modo específico, en el entendido que las cláusulas de exclusiones de prestación de servicios o de riesgo que no llenen estos requisitos deben ser reputadas como nulas y en cualquier caso, interpretadas a favor del asegurado o beneficiario de la garantía.

Máxima: no puede obligarse a la empresa de seguros a indemnizar la colocación de la prótesis intracavernosa al asegurado, pues dicha operación no forma parte de los siniestros cubiertos por la póliza. Considerarlo de otra manera, atentaría contra la naturaleza del contrato de seguros y el principio de autonomía de la voluntad de las partes, más aún cuando las exclusiones del mismo se encuentran dentro del sistema regulatorio vigente al momento de celebrarse la contratación de la póliza.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse sobre el mérito de la presente causa y, al respecto observa que la representación judicial de la sociedad mercantil Seguros Qualitas, C.A., interpuso demanda de nulidad conjuntamente con solicitud de amparo cautelar y subsidiariamente medida cautelar de suspensión de efectos, en virtud del silencio administrativo del Ministro del Poder Popular para el Comercio, al no decidir el recurso jerárquico interpuesto contra la Providencia Administrativa Nro. DEC-18-00254-2013, dictada el 6 de agosto de 2013 por el Presidente del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE), a través de la cual ordenó a la referida empresa,

indemnizar al asegurado denunciante con el pago de veintiún mil ochocientos setenta y cinco bolívars sin céntimos (Bs. 21.875,00), correspondiente a los gastos sufragados en relación al siniestro Nro. 1522142, e impuso una multa de dos mil unidades tributarias (2.000 U.T.) equivalentes a la cantidad de ciento treinta mil bolívars sin céntimos (Bs. 130.000,00), calculada al valor de la unidad tributaria vigente para la fecha en que ocurrieron los hechos relacionados con el procedimiento sancionatorio, por la supuesta transgresión de los artículos 8, numerales 6 y 17, 16 numeral 5, 18, 19, 78, 126, 128 y 135 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios.

El Decreto Ley del contrato de seguros, en su artículo 46, establece que las empresas de seguros pueden asumir todos, algunos o parte de los riesgos a que esté expuesta la persona o el bien asegurado, señalando que son libres de establecer en sus contratos de seguros cuáles riesgos se encuentran expresamente amparados por la cobertura y cuáles de ellos están excluidos, es decir, qué tipo de riesgos no serán trasladados a ella, entre otros factores, porque los mismos no han sido considerados para la estimación de su tarifa, por lo cual el asegurado no ha pagado prima para su cobertura, y por ende, el asegurador no tiene la obligación de indemnizarlos.

Se observa que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) estimó que la empresa aseguradora no podía considerar como un supuesto exonerado de responsabilidad conforme a la póliza de seguros suscrita, la impotencia sexual del ciudadano José Manuel Bultrón Ramos, por ser secuela de la operación a la que fue sometido por el padecimiento de cáncer de próstata. En razón de ello determinó que esta sociedad mercantil no cumplió con las previsiones contenidas en los artículos 8, numerales 6 y 17; 16 numeral 4 y, 18, 19 y 78 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, por lo que le ordenó efectuar el pago correspondiente a los gastos sufragados por el mencionado ciudadano en relación al siniestro referido, así como la multa correspondiente.

De las documentales presentadas, se pueden concluir los siguientes hechos: El hoy demandante fue sometido a una cirugía denominada “Prostectomía Radical Retropública”, en virtud del padecimiento de un “adenocarcinoma prostático”. Como consecuencia de la intervención quirúrgica señalada, el ciudadano José Manuel Bultrón Ramos sufrió de disfunción eréctil.

En virtud de lo antes señalado, el médico tratante recomendó efectuarle una cirugía a fin de colocar una prótesis intracavernosa, para lo cual se le remitió a la empresa aseguradora demandante una solicitud de carta aval a fin de cubrir los gastos médicos de dicha operación.

La empresa Seguros Qualitas, C.A., respondió ante tal solicitud, manifestando que conforme a la cláusula 12 epígrafe Nro. 11 de la Póliza de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, esa intervención se encontraba dentro de los supuestos de exclusión generales de la misma.

Establecido lo anterior, resulta pertinente invocar la cláusula supra mencionada, a los efectos de verificar su contenido. En tal sentido se observa lo siguiente:

“Cláusula 12. Exclusiones Generales

12.11.- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas por disfunción sexual, menopausia, andropausia, infertilidad, inseminación artificial, fertilización in Vitro, impotencia, frigidez, esterilización, inversión de la esterilización o cambio de sexo, así como los tratamientos anticonceptivos en ambos sexos”. (Destacados de la Sala)

De lo precedentemente citado puede evidenciarse que taxativamente las partes contratantes convinieron las llamadas exclusiones, que sitúan fuera del objeto del contrato algunos riesgos respecto a los cuales no hay o no existe cobertura aseguradora.

En este orden, se puede observar que el artículo 9 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro (Gaceta Oficial Nro. 5.552 de fecha 12 de noviembre de 2001), aplicable *ratione temporis*, indicaba respecto a las exclusiones lo siguiente:

“Artículo 9. Los contratos de seguros no podrán contener cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los asegurados o los beneficiarios. Los contratos de seguros se redactarán en forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas que contengan la cobertura básica y las exclusiones. (...)” (sic).

Conforme se infiere de la disposición legal anteriormente transcrita, los contratos de seguros (como el de autos), deben ser redactados de forma expresa y clara, sobre todo en lo relacionado con las condiciones de la cobertura básica y las exclusiones.

Dicho mandato legislativo permite concluir que tanto la garantía de prestación del servicio (riesgo cubierto) como las causales de exclusión de dicha prestación deben ser formales e inequívocas. Insistiéndose en que las estipulaciones contractuales que contengan las mismas deberán redactarse de modo específico, en el entendido que las cláusulas de exclusiones de prestación de servicios o de riesgo que no llenen estos requisitos deben ser reputadas como nulas y en cualquier caso, interpretadas a favor del asegurado o beneficiario de la garantía, en atención a lo preceptuado en el artículo 4, numeral 4 en concordancia con el artículo 2 del Decreto con Fuerza de Ley del contrato de seguros, aplicable *ratione temporis*. (Vid. sentencia de esta Sala Nro. 2011-0705 de fecha 8 de marzo de 2012).

En este sentido, debe señalarse que de la lectura de la cláusula 12 supra citada puede observarse que la misma se encuentra redactada de forma clara y concisa, sin que su contenido deba ser objeto de mayor interpretación, pues tal como se señaló anteriormente, las exclusiones de la cobertura de la póliza se encuentran indicadas de manera taxativa.

En atención a ello, conviene mencionar que el contrato de seguros se rige por el derecho privado y por tanto, es aplicable el principio de autonomía de la voluntad de las partes, en donde las normas que regulan la relación contractual son de carácter supletorio a la voluntad expresada en el acuerdo.

En conexión con lo expresado, en el presente caso se evidencia que las exclusiones antes referidas fueron aceptadas expresamente por las partes en el ámbito de la celebración del contrato de seguros, redactadas en este sentido dentro de los límites que establecía el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, aplicable *ratione temporis*.

Siendo así, debe advertirse que tal y como indicó la propia Administración en el acto administrativo impugnado “el siniestro del cual la parte accionante reclama indemnizaciones a la empresa denunciada, se encuentra dentro de los supuestos excluidos de responsabilidad a cargo de esta”; por lo que esta Sala aprecia que efectivamente en el contrato de seguros suscrito entre la sociedad mercantil Seguros Qualitas, C.A., y el ciudadano José Manuel Bultrón Ramos se establecieron las exclusiones de cobertura de la póliza de forma concreta y clara al momento de celebrarse el mismo, en el marco que establecía el aludido Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, lo cual no permite efectuar una interpretación extensiva de éstas, pues están contenidas de forma taxativa en el cuerpo del documento.

Al ser previstas de esta manera al inicio de la relación contractual, mal puede pretender el beneficiario de la póliza de seguro que se relajen las disposiciones pactadas, ya que, si bien es cierto que el padecimiento del cual el ciudadano José Manuel Bultrón Ramos pretende su cobertura fue secuela de una intervención quirúrgica por cáncer de próstata -la cual según se evidencia en autos que fue amparada por la parte demandante- no menos cierto es que no se encuentra cubierto por las previsiones del contrato.

Es por ello que en modo alguno puede obligarse a la sociedad mercantil

Seguros Qualitas, C.A., a indemnizar la colocación de la prótesis intracavernosa al ciudadano José Manuel Bultrón Ramos, pues dicha operación no forma parte de los siniestros cubiertos por la póliza. Considerarlo de otra manera, atentaría contra la naturaleza del contrato de seguros y el principio de autonomía de la voluntad de las partes, más aún cuando las exclusiones del mismo se encuentran dentro del sistema regulatorio vigente al momento de celebrarse la contratación de la póliza.

En virtud de lo expuesto precedentemente se advierte que el entonces Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) efectuó una calificación errónea de los hechos contenidos en el acto administrativo objeto de revisión, en razón de haber considerado que la colocación de la prótesis intracavernosa al ciudadano José Manuel Bultrón Ramos era un siniestro amparado por la Póliza de Seguros contratada con la sociedad mercantil demandante, lo que configura el vicio de falso supuesto de hecho denunciado. Así se declara.

En este orden, tomando en cuenta que la parte actora fue sancionada por el órgano administrativo demandado por considerar que contravino las disposiciones establecidas en los artículos antes señalados, debe indicarse que al haberse verificado precedentemente que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) efectuó una apreciación errónea de los hechos al estimar que la parte demandante debió amparar la colocación de la prótesis intracavernosa al ciudadano Jose Manuel Bultrón Ramos y, en razón de ello, determinar el incumplimiento de los deberes previstos en los artículos 8, numerales 6 y 17, 16 numeral 5, 18, 19 y 78 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, mal podía haber aplicado la consecuencia jurídica derivada de dicha violación, que no era otra que la sanción prevista en los artículos 126, 128 y 135 de la referida Ley, relacionada con la imposición de multa contenida en el acto administrativo impugnado. Siendo así, se evidencia la configuración del vicio de falso supuesto de derecho en la referida providencia administrativa. Así se establece.

Por lo antes expuesto, se concluye que los vicios de falso supuesto de hecho y de derecho q afectan la Resolución objeto de revisión lo vician en la causa y por tanto, ello acarrea su nulidad absoluta conforme a la doctrina y al criterio jurisprudencial citado al momento de entrar a conocerse la presente denuncia. Así se declara.

En virtud de las razones de hecho y de derecho expuestas, se declara con lugar la presente demanda de nulidad interpuesta conjuntamente con solicitud de amparo cautelar y subsidiariamente medida cautelar de suspensión de efectos por el abogado Oscar Armando Quilarque ya identificado, en su carácter de apoderado judicial de la sociedad mercantil Seguros Qualitas, C.A., en virtud del silencio administrativo del Ministro del Poder Popular para el Comercio, al no decidir el recurso jerárquico interpuesto contra la Providencia Administrativa Nro. DEC-18-00254-2013, dictada el 6 de agosto de 2013 por el Presidente del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE). Así se establece.

En consecuencia, se anula el acto administrativo impugnado, generado en virtud del silencio administrativo del Ministro del Poder Popular para el Comercio, al no decidir el recurso jerárquico interpuesto contra la Providencia Administrativa Nro. DEC-18-00254-2013, dictada el 6 de agosto de 2013 por el Presidente del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE), supra referida, a través de la cual ordenó a la referida empresa, indemnizar al asegurado denunciante con el pago de veintiún mil ochocientos setenta y cinco bolívares con cero céntimos (Bs. 21.875,00), correspondiente a los gastos sufragados en relación al siniestro Nro. 1522142, e impuso multa por la cantidad de dos mil unidades tributarias (2.000 U.T.). Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00802.

FECHA: 17 de julio de 2018.

PARTES: Mercantil Seguros, C.A. contra la Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE).

.....
**TEMA: DECLINATORIA DE LA RESPONSABILIDAD EN EL
CONTRATO DE SEGURO Y LOS VICIOS INTERNOS EN EL
BIEN ASEGURADO**

Máxima: la prueba por excelencia de este tipo de seguros, a saber, de vehículos terrestres, es justamente el peritaje de expertos que inspeccionan los daños de los automóviles para determinar los montos de los reparos, los perjuicios y deterioros ocasionados y demás elementos relacionados con la cobertura de las pólizas.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse acerca de la demanda contencioso administrativa de nulidad ejercida en virtud del silencio administrativo en el que incurrió el Ministro del Poder Popular para el Comercio, al no decidir el recurso jerárquico incoado contra la Providencia Administrativa Nro. DEC-02-00272-2013 del 15 de agosto de 2013, dictada por el Presidente del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

Siendo así, a los fines de dilucidar si en el presente caso la Administración incurrió o no en un falso supuesto de hecho es preciso advertir que del contenido del acto administrativo dictado por el extinto Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), transcrito en los capítulos precedentes, se advierte que las razones por las cuales se impuso la sanción a la parte actora fueron las siguientes:

i) por haber concluido la aseguradora “que el daño ocasionado al vehículo del denunciante era (...) por uso y desgaste, deterioro gradual u oxidación por factores climáticos y otros de similar naturaleza (...), alegato este que no se encuentra contenido en los informes mecánicos promovidos por la parte denunciada”.

ii) por cuanto del detallado análisis de los dos (2) informes mecánicos promovidos por la denunciada, se evidencia “que su contenido no hace prueba contundente y fehaciente para desvirtuar el alegato expuesto por el denunciante, razón por la cual se toma por reconocido el daño causado al vehículo del denunciante”.

iii) debido a que la parte denunciada no aportó al expediente administrativo, “los elementos probatorios necesarios que demuestren que lo exoneran de toda responsabilidad en relación a lo contenido en el artículo 70 de la Ley del Contrato de Seguros”.

Siendo así, considera oportuno la Sala —en primer lugar— hacer alusión a los alegatos expuestos por la parte denunciante en sede administrativa, entre los cuales destacan los siguientes:

En fecha 14 de noviembre de 2012 la ciudadana Isabel Ramona Gutiérrez, ya identificada, denunció ante el extinto Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), la respuesta de la sociedad de comercio Mercantil Seguros, C.A., en la cual decidió no “indemnizar[le] la reparación de [su] vehículo cuando fue un siniestro” (añadidos de la Sala). (Vid. folios 66 al 69 de la primera pieza del expediente judicial).

Expuso la denunciante en esa oportunidad que su vehículo sufrió un siniestro el 13 de agosto de 2012, cuando su hijo se desplazaba “por la carretera Yaracuy vía Nirgua (...) y a la altura de la estación Jaime, había un objeto en la vía que no [pudo] esquivar y el mismo impactó en la parte

inferior del vehículo (...) al revisar debajo del carro [observó] una perforación en la carcasa de la caja sincrónica, perforación que generó el objeto con el cual había impactado, también [pudo] observar que salía aceite de la perforación y la palanca de velocidad quedó trancada”. (sic) (añadidos de la Sala).

Asimismo señaló que en fecha 17 de ese mes y año declaró el siniestro en la oficina de “Seguros Mercantil”, emitiéndosele una cita para el 21 de agosto de 2012, “para el taller Top CARS 20/20 en Guarenas (taller que la aseguradora [le] presentó en una lista y el cual [eligió] por estar más cerca de [su] domicilio)”, y que un mes después, es decir, el 17 de septiembre de ese año, la aseguradora le informa que debe “llevar el carro a otro taller de la misma lista que ellos presentan ya que el taller Top Cars 20/20 no está en capacidad para tumbar y desarmar la caja, por tanto, [le] emiten una nueva cita para el 25 de agosto al taller KEISEL GUARENAS C.A., ubicado en Guarenas. (...) 21 días después de llevar el carro al segundo taller para ser evaluado o sea el día 17 de octubre [le] envían una comunicación a [su] correo (...) donde le informan lo siguiente: “esta empresa aseguradora declina su responsabilidad con relación al daño presentado en la caja de velocidades, según lo establecido en la cláusula Nro. 5, literal A (...)”. (agregados de la Sala).

Explicó que dentro de las “exoneraciones y/o exclusiones” están las dispuestas en la Cláusula 4 de las Condiciones Generales y en la Cláusula 5 de las Condiciones Particulares, con lo cual quieren evidenciar “que la causal de rechazo del reclamo o de la pretensión de la asegurada, no fue injustificada, sino que, [fue] producto de la evaluación mecánica del vehículo de la asegurada luego del daño manifestado, y de la opinión del experto mecánico independiente, autorizado legalmente por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (...) para actuar como Perito Avaluador y Ajustador de Pérdidas”. (agregado de la Sala).

Asimismo, en la oportunidad fijada para que tuviera lugar la Audiencia de Juicio, la representación judicial de la sociedad mercantil demandante promovió los siguientes documentales:

- Original del Informe pericial del 21 de agosto de 2012, en el cual se indicó el resultado del “Ajuste de Daños”, realizado por un Perito externo e independiente (Peritaje y Ajustes Perrone, C.A.) en el taller “Top Cars 20/20”, y según este informe mecánico del especialista, se observó:

“vehículo año 2006 (...) presenta una perforación en el casco de la caja sincrónica de las velocidades, se observa que el daño fue ocasionado desde adentro hacia fuera. Aparentemente el daño fue ocasionado por el desprendimiento de los engranajes internos de la caja. No se observa daños por golpe con objetos alrededor de la perforación y la misma se produjo detrás del refuerzo que sujeta uno de los tornillos de la caja. El daño que produjo la perforación se puede observar con claridad al desarmarla, pero en este caso no se debe autorizar desarme (...) se puede observar que la caja de velocidades estaba derramando aceite desde hace tiempo y la ruptura se produjo con el vehículo en marcha presenta muestras de aceite en toda la parte baja del vehículo” (sic). (Vid. folio 340 de la primera pieza del expediente judicial).

- Original del Informe pericial “Ajuste de Daños” del 4 de octubre de 2012 elaborado en el “taller Auto Servicio Keisel Guarenas, C.A.” por la compañía Peritaje y Ajustes Perrone, C.A., donde se deja constancia que el vehículo inspeccionado presenta “un hueco en el carter de la caja de las velocidades. Se puede observar que fue ocasionado desde adentro hacia fuera. Al abrir la caja se pudo observar partículas de rolinera dañado, el daño se produjo al desprenderse la rolinera de uno de los piñones engranaje de cambio. La misma fue triturada por los engranajes ocasionando que se trancara la caja rompiendo el carter. Daño mecánico por uso. No cubierto por la póliza. Ver fotos” (sic). (Vid. folio 342 de la primera pieza del expediente judicial).

- Copia del “Informe Pericial detallado”, de fecha 19 de diciembre de 2012, emanado de la sociedad mercantil “Peritaje y Ajuste Perrone, C.A.”, reali-

zado específicamente por el perito Jesús Perrone, certificado bajo el Nro. 1.884, dirigido a Mercantil Seguros, C.A., en el cual, entre otras cosas, se indica lo que a continuación se transcribe:

“El vehículo no presenta daños por golpes en la parte baja y zonas aledañas a la caja sincrónica de las velocidades, solo se observa una perforación de aproximadamente 2 cmts., justo debajo de la corona, evidentemente ocasionados desde adentro hacia afuera en el centro de los dos sobresalientes de los tornillos que sujeta ambas carcasas de la caja. Para que un objeto pequeño golpee en esa área con tanta fuerza y de forma precisa es muy difícil, lo único que podría generar un daño similar sería cuando el vehículo pisa un tornillo o tuerca con el caucho lo levanta con fuerza hacia tras (sic) pero de forma horizontal ascendente y golpea las piezas sobresaliente (sic), no golpea el área oculta sin rebote como en este caso. La única manera que un daño como este ocurra es lanzando un objeto pequeño desde abajo hacia arriba de forma vertical con muchísima fuerza. Es evidente que se trata de un daño mecánico.

(“Omissis”)

Al desarmar la caja, se encontraron partículas de metal, triturados por los engranajes y piñones y rolineras de una de las pistas de rodamientos, esto indica claramente que una de las rolineras de los piñones se desprendió ocasionando los daños.

Este tipo de daño no es común que ocurra cuando al vehículo se le realiza su mantenimiento periódico del aceite, se produce cuando el vehículo es utilizado con bajo nivel de aceite por arrancadas o recortes de forma indebida. La rotura del casco se produce al desprenderse la rolinera, ocasionando que los engranajes trituren la armadura y la pista, no logrando triturar los rolines ya que son de un metal de acero y otra aleación muy resistente, al encontrarse con los engranajes los mismos se deslizan y pega con muchísima fuerza al caso interno de la caja ocasionando la rotura.

Las cajas sincrónicas no trabajan con presión de aceite “No son Hi-

dráulicas” y no sufren recalentamiento, el daño se puede generar cuando es utilizado por varios kilómetros sin aceite lo que genera un ruido ensordecedor dentro de la cabina del vehículo hasta que colapsan los engranajes por la falta de lubricación, donde no se observa, ningún tipo de desgastes en los dientes de los engranajes de corona y piñones solo se observa partículas de metal producto del desprendimiento de una de las pistas de rodamiento de los piñones y generalmente las piezas afectadas serían la corona y piñones.

En este caso y como en todos los reclamos atendidos, se trabaja sin ninguna parcialidad hacia las partes involucradas, se trata por todos los medios de absoluta transparencia, pero si existiera alguna duda, recomiend[a] organizar una revisión al vehículo en su estado actual, donde intervenga Peritos o Técnicos Automotriz con experiencia en caja sincrónica (...). (sic) (agregado de la Sala). (Vid. folios 345 al 348 de la primera pieza del expediente judicial).

-Original del oficio s/n del 16 de agosto de 2012, emitido por la compañía Mercantil Seguros, C.A. y dirigido a la ciudadana Isabel Ramona Gutiérrez, ya identificada, en la cual se le notifica lo siguiente:

“(...) esta empresa aseguradora declina su responsabilidad con relación al daño presentado en la caja de velocidades, según lo establecido en la Cláusula Nro. 5, literal A, de las Condiciones Particulares de la Póliza de Casco Vehículos Terrestres Cobertura Amplía, la cual establece:

Cláusula No. 5: EXCLUSIONES PARTICULARES:

“El Asegurador” no indemnizará:

a) Las pérdidas o daños del Vehículo Asegurado por uso y desgaste, deterioro gradual u oxidación por factores climáticos y otros de similar naturaleza, así como la pérdida o daños de letreros o dibujos. Tampoco cubre la reparación de las fallas o roturas mecánicas o eléctricas que no sean consecuencia directa de un siniestro cubierto por esta Póliza.

En el presente caso, en revisión realizada por el perito para evaluar los daños de la caja de velocidades, al abrir la caja se pudo observa (sic) partículas de rolinera dañada, el daño se produjo al desprenderse la rolinera de uno de los piñones del engranaje de cambio, la misma fue triturada por los engranajes ocasionando que se trancara la caja rompiendo el carter desde adentro hacia afuera, por lo que estamos en presencia de un daño mecánico no amparado por la póliza (...). (negritas del original). (Vid. folio 329 de la primera pieza del expediente judicial).

Con este documento la parte actora indicó que lo que quiere demostrar son “los motivos de hecho y de derecho que motivaron la decisión de [su] representada, así como también, que se dio efectiva respuesta al reclamo presentado”. (sic) (agregado de la Sala).

Pues bien, tomando en cuenta los instrumentos antes citados, observa la Sala en primer lugar que cuando el acto administrativo cuya nulidad se demanda expone que la empresa aseguradora concluyó “que el daño ocasionado al vehículo del denunciante era (...) por uso y desgaste, deterioro gradual u oxidación por factores climáticos y otros de similar naturaleza (...), alegato este que no se encuentra contenido en los informes mecánicos promovidos por la parte denunciada”, se trata de una cita completamente descontextualizada de lo que realmente señaló la compañía Mercantil Seguros, C.A. a la hora de dar una respuesta a la asegurada.

En este sentido, de una lectura del oficio s/n del 16 de agosto de 2012, emitido por la compañía Mercantil Seguros, C.A., y dirigido a la ciudadana Isabel Ramona Gutiérrez, precedentemente transcrito, se observa que la primera de las mencionadas, al citar el contenido de la Cláusula Nro. 5, literal A, de las Condiciones Particulares de la Póliza de Casco Vehículos Terrestres Cobertura Amplia, que fue el fundamento para declinar su responsabilidad de cubrir el siniestro, resaltó en negrillas el siguiente texto: “Tampoco cubre la reparación de las fallas o roturas mecánicas o eléctricas que no sean consecuencia directa de un siniestro cubierto por esta Póliza”.

De manera que incurrió en un error la Administración cuando dispuso en el acto administrativo que hoy nos ocupa que la empresa aseguradora determinó “que el daño ocasionado al vehículo (...) era por uso y desgaste, deterioro gradual u oxidación por factores climáticos y otros de similar naturaleza (...) alegato este que no se encuentra contenido en los informes mecánicos promovidos por la parte denunciada”, cuando en la realidad lo cierto fue que Mercantil Seguros, C.A., haciendo énfasis en la última parte de la norma que dispone la aludida Cláusula 5, tomó tal postulado “citado en negrillas” como la razón por la cual en el presente caso estábamos en presencia de un daño mecánico no amparado por la póliza.

En segundo lugar, respecto al alegato expuesto en el acto administrativo impugnado relativo a que del análisis de los dos (2) informes mecánicos promovidos por la denunciada, se evidencia “que su contenido no hace prueba contundente y fehaciente para desvirtuar el alegato expuesto por el denunciante, razón por la cual se toma por reconocido el daño causado al vehículo del denunciante”, advierte esta Máxima Instancia que de una lectura de esos dos instrumentos, así como del “Informe Pericial detallado” de fecha 19 de diciembre de 2012, emanado de la sociedad mercantil “Peritaje y Ajuste Perrone, C.A.”, todos previamente transcritos, sí se comprenden las razones y motivos que ocasionaron el daño al vehículo objeto de controversia, quedando claramente establecido por el perito experto, entre otros aspectos, que: i) “El vehículo no presenta daños por golpes en la parte baja y zonas aledañas a la caja sincrónica de las velocidades” y ii) “Es evidente que se trata de un daño mecánico”.

De forma que sí existían pruebas contundentes y fehacientes que demostraban que el daño causado se trataba de un desperfecto mecánico anterior que no devino del supuesto incidente ocurrido en la “vía a Yaracuy”, no verificándose por el contrario ningún elemento probatorio que reflejara que la afectación que sufrió el carro se debió a un golpe en su parte inferior, tal como lo alegó el denunciante.

A mayor abundancia, la prueba por excelencia de este tipo de seguros, a saber, de vehículos terrestres, es justamente el peritaje de expertos que inspeccionan los daños de los automóviles para determinar los montos de los reparos, los perjuicios y deterioros ocasionados y demás elementos relacionados con la cobertura de las pólizas, por lo que llama la atención de esta Sala que la Administración considere que tales instrumentos “los informes periciales”, no constituyan una “prueba contundente”.

De manera que también incurrió en un nuevo error el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) en este respecto.

Por último, en lo que atañe al alegato expuesto en el acto administrativo impugnado atinente a que la parte denunciada no aportó al expediente administrativo, “los elementos probatorios necesarios que demuestren que lo exoneran de toda responsabilidad en relación a lo contenido en el artículo 70 de la Ley del Contrato de Seguros”, observa este Alto Tribunal que ello también constituye otro equívoco de la Administración, pues como quedó evidenciado, la empresa Mercantil Seguros, C.A., sí aportó al proceso administrativo los informes periciales que constituían las pruebas por excelencia que demostraban que el daño producido al vehículo no se encontraba amparado por la póliza, tal como se evidencia del “escrito de ALEGATOS o DEFENSAS” interpuesto en la Audiencia de Descargo llevada a cabo ante el Instituto accionado (Vid. folios 95 al 119 de la primera pieza del expediente judicial), siendo más bien la parte denunciante la que no aportó un solo elemento probatorio que demostrara que el daño en cuestión sí había ocurrido por el golpe recibido en la carretera.

Por tales motivos, considera esta Máxima Instancia que en el presente caso se configuró un falso supuesto de hecho en el acto administrativo que objeto de controversia, razón por la cual debe declarar con lugar la demanda contencioso administrativa de nulidad ejercida por la parte actora, y en consecuencia, se anula el acto administrativo impugnado. Así se decide.

En virtud de lo anterior, resulta innecesario pasar a emitir pronunciamiento sobre el resto de las denuncias expuestas en el escrito libelar. Así se establece.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01010.

FECHA: 03 de octubre de 2018.

PARTES: Mercantil Seguros C.A., contra el Ministerio del Poder Popular para el Comercio (hoy Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas).

.....

**TEMA: FALSA DECLARACIÓN AL MOMENTO DE CONTRATAR
UNA PÓLIZA DE SEGURO**

Máxima: La providencia de la otrora Superintendencia de la Actividad Aseguradora incurrió en el vicio de falso supuesto al no tomar en cuenta que el asegurado presentó una declaración falsa al no indicar que padecía del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o HIV.

EXTRACTO:

Aclarado el punto precedente, corresponde a esta Sala pronunciarse acerca del recurso contencioso administrativo de nulidad ejercido conjuntamente con amparo cautelar contra “el acto confirmatorio tácito en virtud del silencio administrativo en que incurrió el Ministro del Poder Popular para el Comercio”, al no haber dado respuesta al recurso jerárquico interpuesto en fecha 17 de enero de 2014, contra la Providencia Administrativa No. DEC-01-00444-2013 dictada por el [entonces] Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios [hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos

(SUNDEE)] en fecha 19 de septiembre de 2013 y notificado a [su] representada el 7 de enero de 2014 a través de la cual se sanciona a MERCANTIL SEGUROS con multa equivalente a 5.000 Unidades Tributarias y se impone igualmente realizar el pago del siniestro reportado así como los intereses correspondientes, en virtud de supuestamente haber incumplido con lo establecido en el artículo 8, numerales 3 y 4 y artículos 17 y 78 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios. (sic). (Subrayado del texto. Agregados de la Sala).

En tal sentido se tiene que:

Denunciaron los apoderados judiciales de la sociedad mercantil demandante que la Administración al dictar el acto administrativo impugnado incurrió en falso supuesto de hecho y de derecho, incompetencia manifiesta del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), falta de tipicidad de la infracción, despenalización de la infracción, falso supuesto de derecho subsidiario, aplicación retroactiva de la ley y violación del derecho a la defensa.

Delimitado lo anterior, pasa la Sala al análisis de las denuncias esgrimidas por la parte actora, en el siguiente orden:

Falso supuesto de hecho.

Denunciaron los representantes de la empresa demandante que el acto administrativo impugnado se encuentra viciado de nulidad absoluta al haber incurrido en el señalado vicio, bajo varios supuestos, tales como que la demandante “sí demostró la falsedad de la declaración del asegurado” que “no incumplió su obligación de suministrar información oportuna, veraz y suficiente” y que, “nunca dejó de prestar el servicio de forma continua, regular y eficiente”.

En atención a ello, adujeron que es falso que su representada no haya demostrado que el asegurado realizó una declaración falsa respecto a su

estado de salud al contratar la póliza, por cuanto de los “informes médicos se desprende que el asegurado presentaba un cuadro clínico complejo, que se veía además agravado por condiciones previas de severa gravedad, como lo es por ejemplo la presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida o HIV”, pues al haber realizado una revisión detallada de su historia clínica, se verificó que éste tenía conocimiento de su real estado de salud, siendo en consecuencia falsa la declaración prestada, en razón de lo cual se negó en forma reiterada la indemnización contratada cada vez que fue requerido por su cónyuge.

A este respecto es de observarse que el ciudadano Pedro Roberto Ruiz H. (cédula de identidad Núm. 5.136.514), en su condición de médico cirujano, en fecha 11 de octubre de 2017 ratificó por vía testimonial, el contenido y firma del informe médico elaborado el 26 de mayo de 2003 en el que se señaló que el paciente ingresó: “al hospital militar a cargo del servicio de medicina proveniente de un centro privado con enfermedad cardíaca grave” y antecedentes acentuados de HTA e infección por HIV”, en razón de lo cual se le otorga valor probatorio de conformidad con lo previsto en el artículo 431 del Código de Procedimiento Civil.

Aunado a ello, cabe indicar que la Providencia Administrativa impugnada, revela que la sociedad mercantil Seguros Mercantil, C.A., en el curso del proceso administrativo sancionatorio “presentó escrito de Promoción de Pruebas con sus respectivos anexos, mediante los cuales señaló según informe médico que emitió el Doctor Pedro Roberto Ruiz H., enviado por la empresa denunciada (folio 71), luego de haberse entrevistado con los médicos que atendieron en su momento al asegurado el ciudadano FREDDY ALEXIS HERNANDEZ (sic) QUERALES (DIFUNTO), “Ingresa al Hospital Militar a cargo del servicio de medicina proveniente de un centro privado paciente con enfermedad cardíaca grave y antecedentes acentuados de HTA e infección por HIV”.

Es el caso que la decisión de negar la cobertura del siniestro reportado estuvo fundamentada en los dos (2) informes médicos elaborados luego

de la revisión efectuada a la historia clínica del asegurado, de conformidad con lo establecido en los artículos 20, 22, 23 y 99 de la Ley del Contrato de Seguro, y como quiera que uno de esos informes fue ratificado en juicio por el profesional de la medicina que lo suscribió, se considera que efectivamente la empresa Mercantil Seguros, C.A., sí demostró en el procedimiento administrativo sancionatorio, la falsedad de la declaración del asegurado en cuanto a que su estado de salud era normal, pues de los informes médicos se infiere un cuadro clínico complejo, agravado por la presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o HIV, y las diversas patologías que presentó en su oportunidad el tomador de la póliza fallecido, en razón de lo cual no cabe más que colegir, que este estaba en conocimiento del deterioro de su estado de salud para el momento en que contrató la póliza.

En consecuencia, la providencia impugnada, al haber afirmado que la empresa demandante no demostró una declaración falsa respecto de su salud, incurrió en una apreciación falsa de los hechos. Así se establece.

Asimismo señalaron, que su representada no infringió la disposición citada en la Providencia, pues tanto el asegurado como su beneficiaria fueron informados suficientemente sobre las condiciones de la prestación del servicio de seguro o póliza de vida, contrato que había sido revisado y aprobado por la Superintendencia de Seguros, de hecho “desde el momento de su contratación le fue suministrado al asegurado un ejemplar del Contrato de Seguro en el que se establece con claridad cada una de las cláusulas que rige la relación contractual que nace entre las partes desde el momento de su suscripción”.

A este respecto cabe señalar que la Providencia Administrativa impugnada, estableció entre otros particulares que la empresa Seguros Mercantil, C.A., infringió lo establecido en el artículo 8 numerales 3 y 4, así como los artículos 19 y 78 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, por cuanto “si bien es cierto que el ciudadano FREDDY ALEXIS HERNANDEZ (sic) QUERALES (DIFUNTO), suscribió con la

Sociedad Mercantil “SEGUROS MERCANTIL, C.A.”, póliza de Vida Vital N° 111-804-13406 por la cantidad de Diez Mil Dólares de los Estados Unidos de América (\$ 10.000,00), “donde se declaró que su estado de salud era normal, no es menos cierto que la representación de la Sociedad Mercantil antes nombrada no presentó algún medio probatorio que demostrara verazmente que el asegurado tenía conocimiento de las enfermedades ya mencionadas antes de suscribir dicha póliza”. (Negrillas del texto y subrayado de esta Sala).

En efecto del cúmulo de elementos probatorios, no cabe más que colegir que una vez ordenada la revisión de la historia médica del asegurado por un especialista, obtuvo la convicción de que este había suministrado una declaración falsa incumpliendo con el deber previsto en el numeral 1 del artículo 20 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, el cual dispone:

“Obligaciones del tomador, del asegurado o del beneficiario.

Artículo 20. El tomador, el asegurado o el beneficiario, según el caso, deberá:

1. Llenar la solicitud del seguro y declarar con sinceridad todas las circunstancias necesarias para identificar el bien o personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este Decreto Ley”.

En atención a ello, la empresa de seguros actora, en virtud de las obligaciones contempladas en el artículo 21 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, en lo que respecta a pagar la suma asegurada, aplicó la parte in fine del numeral segundo, que establece:

“Obligaciones de las empresas de seguros.

Artículo 21. Son obligaciones de las empresas de seguros:

1. Informar al tomador, mediante la entrega de la póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cual-

quier tiempo, cualquier duda que éste le formule.

2. Pagar la suma asegurada o la indemnización que corresponda en caso de siniestro en los plazos establecidos en este Decreto Ley o rechazar, mediante escrito debidamente motivado, la cobertura del siniestro”. (Destacado de la Sala).

Esta disposición guarda correspondencia, con el contenido de la Autorización establecida en la Solicitud de Póliza Vida Vital Mercantil, en cuanto a que el tomador autoriza que el contrato “podría ser anulado por La Compañía, en caso que hubiere alguna respuesta falsa en la solicitud, así como que cualquier médico, profesional, clínica o agencia gubernamental u otra relacionada médicamente con “La Compañía”, de proveerla con información, copia de registro respecto a consejos, cuidados o tratamientos proporcionados a “la persona asegurada, sin limitación o información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol”.

Pues bien, en el proceso de la investigación realizada por la aseguradora, se determinaron las patologías, los tratamientos y la causa del deceso, que permitieron a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora ordenar el “el archivo del expediente administrativo llevado al respecto, por no encontrarse méritos para dar inicio a un procedimiento administrativo sancionatorio contra la referida empresa de seguros, toda vez que la misma tuvo una causa justificada para negarse a cumplir con su obligación indemnizatoria”, información que le suministraron por igual tanto a la empresa Seguros Mercantil, C.A., como a la adherente y denunciante de marras.

Del texto transcrito se observa que la Administración se limitó a señalar los artículos presuntamente infringidos, sin explicar los motivos por los cuales arribó a esa conclusión, no consta el respectivo análisis de las circunstancias fácticas del caso, así como tampoco la subsunción de los hechos en las normas mencionadas como infringidas.

En virtud de ello, la Sala estima que cuando la Administración fundamentó

el acto impugnado, lo hizo sobre la apreciación de hechos inexistentes o falsos, toda vez que la empresa aseguradora sí demostró la falsedad de la declaración del asegurado, se verificó que no incumplió con su obligación de suministrar información oportuna, veraz y suficiente al reclamante y nunca dejó de prestar el servicio.

Siendo así, el acto administrativo impugnado se encuentra inficionado del vicio de falso supuesto de hecho, el cual lo afecta de nulidad absoluta. Así se establece.

Por tales motivos, esta Máxima instancia en virtud del vicio configurado, declara con lugar el recurso de nulidad ejercido conjuntamente con amparo cautelar por la parte actora, y en consecuencia anula la Providencia Administrativa Núm. DEC-01-00444-2013 dictada por el entonces Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicio -hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE)- en fecha 19 de septiembre de 2013, acto administrativo impugnado. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00411.

FECHA: 11 de noviembre de 2018.

PARTES: Seguros Carabobo, C.A., contra Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE).

.....
**TEMA: PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS
AJENAS AL CONTRATO. LA CARGA DE ASUMIR LAS
CONSECUENCIAS EN EL CONTRATO DE SEGURO**

**Máxima: la única responsable por la prestación de un
servicio oportuno y de calidad era la empresa de Segu-**

ros, aun cuando el servicio de grúa y reparación del vehículo fueron prestados por personas ajenas al contrato o por terceros (a la compañía de seguros), lo cual no implica en ningún caso una exoneración de responsabilidad para dicha sociedad mercantil.

Máxima: quien tiene la carga de asumir las consecuencias de riesgos ajenos (terceros empleados o terceras empleadas), que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario o beneficiaria (denunciante), le corresponden, dentro de los límites pactados a la empresa aseguradora.

EXTRACTO:

Corresponde en esta oportunidad emitir un pronunciamiento respecto a la demanda de nulidad interpuesta por los apoderados judiciales de la sociedad mercantil Seguros Carabobo, C.A., en virtud del silencio administrativo del entonces Ministro del Poder Popular para las Industrias Ligeras y Comercio hoy Ministro del Poder Popular para el Comercio, por no haber dado respuesta al recurso jerárquico incoado por la empresa accionante en fecha 16 de abril de 2009 contra la Providencia Administrativa s/n de fecha 29 de julio de 2008, notificada el 6 de abril de 2009, en la cual el Presidente del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario (INDECU), hoy Superintendente para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDEE), le impuso a su mandante una multa de Un Mil Unidades Tributarias (1.000 U.T), equivalente a la cantidad de Treinta y Siete Mil Seiscientos Treinta y Dos Bolívares (Bs. 37.632,00), por la supuesta transgresión de los artículos 18 y 92 de la “Ley de Protección al Consumidor y al Usuario” del año 2004.

Los demandantes sostuvieron la inexistencia de la culpabilidad de su representada, ya que ésta obró apegada a las normas legales que regulan la actuación de las empresas aseguradoras, indemnizando al denunciante dentro de los lapsos legales para ello.

Señalaron que su mandante “actuó en el presente caso bajo los parámetros impuestos por la Superintendencia de Seguros, por lo cual esta conducta que es considerada como lícita por un organismo del Estado, no puede a su vez ser considerada como ilícita por otro ente del Estado, ya que ello vulnera el principio de la confianza legítima en las actuaciones de la Administración Pública”.

En criterio de la accionante, la Administración incurrió en un falso supuesto en la interpretación y aplicación de los artículos anteriormente transcritos, en virtud de que la conducta desplegada por la empresa aseguradora no se configura como un ilícito previsto en la “Ley de Protección al Consumidor y al Usuario”, aplicable en razón del tiempo.

En tal sentido, conviene hacer ciertas precisiones a los fines de aclarar si tenía o no que cumplir la sociedad mercantil Seguros Carabobo, C.A., con el deber de informar al asegurado sobre el servicio ofrecido, así como cumplir con las responsabilidades generadas por el siniestro suscitado.

Al respecto, el Decreto con Fuerza de Ley del contrato de seguro publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela número Extraordinario 5.553 del 12 de noviembre de 2001, aplicable en razón del tiempo, prevé en sus artículos 7 y 8 cuáles son las partes del contrato de seguro:

“Artículo 7. Son partes del contrato de seguro:

1. La empresa de seguros o asegurador, es decir, la persona que asume los riesgos. Sólo las empresas de seguros autorizadas de acuerdo con la ley que rige la materia pueden actuar como asegurador.
2. El tomador, o sea, la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.

Artículo 8. En los contratos de seguros podrán existir además de las partes señaladas en el artículo anterior, el asegurado, persona

que en sí misma, en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta al riesgo: y el beneficiario, aquél en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará la empresa de SEGUROS. El tomador, el asegurado o el beneficiario pueden ser o no la misma persona”.

De conformidad con las normas anteriormente transcritas, las partes esenciales de todo contrato de seguro son el tomador y la empresa aseguradora, en el presente caso la sociedad mercantil accionante Seguros Carabobo, C.A., y el denunciante en sede administrativa el ciudadano José Antonio Matos Perero.

Igualmente, del escrito de fecha 23 de julio de 2007 presentado ante el Presidente del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario (INDECU), cursante a los folios 154 y 155 vto., se observa que la representación en sede administrativa de la sociedad mercantil Seguros Carabobo, C.A., indicó que “el denunciante en fecha 27-11-2.006, solicitó los servicios de Auxilio Vial, para lo cual se comunicó directamente con la empresa VENEASISTENCIA, proveedora de este servicio, cuya cobertura está en la póliza suscrita por [su mandante]”.

Asimismo, se observa el Acta Policial del 27 de noviembre de 2006 mediante la cual el Sargento Primero Orlando López, adscrito Cuerpo Técnico de Vigilancia de Tránsito y Transporte Terrestre, puesto de Vigilancia del Junquito del Estado Vargas, dejó constancia de lo siguiente: “En el día de hoy 27-11-06 (...) me fue informado (...) [sobre la ocurrencia] de un accidente (...). Me trasladé al sitio y al llegar tomé las medidas de precaución, identifiqué al conductor de la grúa placa: N° 42CJAB conducida por el ciudadano: Dixon Rodríguez y a la representante del vehículo el vehículo placa: 5CJ389X, que fue el que sufrió daños, ya que la colisión es accidente de otro tipo, porque la grúa traía remolcado el vehículo N° 2, el cual se despegó o soltó del gancho o aparato de remolque y se estrelló contra el cerro sufriendo daños en la parte trasera, lateral izquierda”.

De lo expuesto se colige que la empresa aseguradora, hoy demandante, reconoció la existencia de los daños generados al vehículo del denunciante, con motivo del incidente que tuvo cuando era trasladado por el proveedor del servicio de grúas, cubierto por la póliza suscrita por ambas partes; así como los inconvenientes presentados en la reparación del vehículo, la cual fue asumida por la sociedad mercantil demandante.

Como consecuencia de lo antes expuesto y de lo arriba observado, es evidente que la única responsable por la prestación de un servicio oportuno y de calidad era empresa de Seguros Carabobo, C.A., aun cuando el servicio de grúa y reparación del vehículo fueron prestados por personas ajenas al contrato o por terceros (a la compañía de seguros), lo cual no implica en ningún caso una exoneración de responsabilidad para dicha sociedad mercantil.

Cabe destacar, quien tiene la carga de asumir las consecuencias de riesgos ajenos (terceros empleados o terceras empleadas), que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario o beneficiaria (denunciante), le corresponden, dentro de los límites pactados a la empresa aseguradora.

En el presente caso el demandante no dio cumplimiento a lo arriba indicado al no actuar acuciosamente en la prestación del servicio que debía ofrecer, ya que éste fue suministrado en forma deficiente tanto por el responsable de trasladar el vehículo en grúa, así como por el taller mecánico (el cual fue escogido por el denunciante de una lista ofrecida por la compañía de seguros).

En tal sentido, cualquier daño patrimonial realizado por los terceros o terceras, le correspondía subsanarlo a la empresa aseguradora y no al asegurado.

Es importante indicar que a la sociedad mercantil demandante fue sancionada con una multa por la Administración, en virtud de no haber dado

cumplimiento oportuno, eficiente y dentro de un plazo razonable al denunciante, visto que la póliza cubría los gastos del siniestro ocurrido al vehículo.

Es por ello que la actuación desplegada por la empresa aseguradora se subsume dentro los supuestos previstos en los artículos 92 y 122 de la “Ley de Protección al Consumidor y la Usuario”.

De manera que, mal puede alegar la parte demandante que actuó apegada a las normas legales que regulan su actuación, aseverando que no hubo incumplimiento de su parte con el ciudadano José Antonio Matos Perero, anteriormente identificado, cuando lo cierto es que esta no dio cumplimiento a dentro de un tiempo razonable para la reparación de los daños sufridos por el vehículo.

En razón de lo anterior, debe esta Sala declarar que sí se constata el incumplimiento de los artículos 18, 92 y 122 de la “Ley de Protección al Consumidor y el Usuario”, aplicables en razón del tiempo, por parte de la sociedad mercantil Seguros Carabobo, C.A. motivo por el cual se desecha la presente denuncia. Así se establece.

.....

2019



TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00074.

FECHA: 21 de febrero de 2019.

PARTES: Proseguros S.A, contra la Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos.

.....

TEMA: INCOMPETENCIA DEL INSTITUTO PARA LA DEFENSA DE LAS PERSONAS EN EL ACCESO A LOS BIENES Y SERVICIOS (INDEPABIS) PARA CONOCER Y DECIDIR LOS PROCEDIMIENTOS EN CONTRA DE LAS EMPRESAS ASEGURADORAS

Máxima: con el objeto de materializar los mecanismos necesarios para la protección de los derechos consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en el ámbito económico y, en concreto, los relacionados con el derecho de los ciudadanos y de las ciudadanas a disponer de bienes y servicios de calidad según el artículo 117 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, garantías estas que ahora se refuerzan con la aplicación de los mecanismos y disposiciones previstas en las normas aplicables al caso *ratione temporis*, otorgaban amplias potestades al Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

Máxima: se prevee en la Carta Fundamental y se desarrolle en la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios de 2010, vigente para la fecha en que se dictó la Providencia Administrativa impugnada, aquellos procedimientos dirigidos a la defensa del público consumidor, el resarcimiento de los daños ocasionados y las sanciones correspondientes

por la vulneración de estos derechos, siendo importante recalcar que estas atribuciones deben ser ejercidas en consonancia con los objetivos y principios consagrados en el ordenamiento jurídico, ello a fin de evitar medidas arbitrarias.

Máxima: se observa que le correspondía al Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) conocer, tramitar, sustanciar y sancionar las transgresiones a dicha Ley por parte de las empresas aseguradoras, las cuales se encuentran obligadas a prestar el servicio en forma eficiente y responsable. Se desprende que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), tenía atribuidas competencias atinentes al resguardo de los derechos e intereses de las personas relacionados a los servicios que les son prestados, entre ellos, los ofrecidos por las empresas aseguradoras, siempre y cuando no se discutan interpretaciones relativas a las cláusulas del Contrato de Póliza.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse respecto a la demanda de nulidad incoada por la representación judicial de la sociedad mercantil Proseguros, S.A., contra el acto denegatorio tácito derivado del silencio administrativo del entonces Ministro del Poder Popular para el Comercio al no decidir el recurso jerárquico ejercido por su representada, contra la Providencia Administrativa identificada con el alfanumérico DEC-06-00378-2013 de fecha 28 de octubre de 2013 dictada por el Presidente del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE), por la que se le impuso a la empresa demandante una multa por la cantidad de Cinco Mil Unidades

Tributarias (5.000 U.T.), equivalentes a un monto de Trescientos Ochenta Mil Bolívars (Bs. 380.000,00), con fundamento en los artículos 126, 128 y 135 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, vigente para la época de los hechos y se ordenó indemnizar al ciudadano Lenin Alberto Peña Ovalles, la cantidad de Ciento Noventa y Dos Mil Cincuenta Bolívars (Bs. 192.050,00), correspondientes a la suma asegurada aplicable para el momento del siniestro.



De la incompetencia del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) para conocer y decidir los procedimientos en contra de las empresas aseguradoras.

Que para el momento de iniciarse el procedimiento administrativo instruido por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), ya se encontraba en vigencia la Ley de la Actividad Aseguradora, en la que se derogaron las competencias asignadas al referido organismo administrativo, en lo relacionado con la protección y defensa de los derechos de las personas en el acceso a los servicios prestados por el sector asegurador, otorgándolas ahora de manera expresa a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Indica además que sostener que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) mantiene sus competencias relacionadas con el sector asegurador, es afirmar que el Estado venezolano tiene dos estructuras administrativas encargadas de cumplir exactamente las mismas funciones, con la posibilidad de emitir decisiones contradictorias.

Respecto al vicio de incompetencia, ha precisado la Sala que se configura cuando la autoridad administrativa dicta un acto para el cual no estaba legalmente autorizada, por lo que debe quedar precisado, de manera clara y evidente, que su actuación infringió el orden de asignación y distribución de las competencias o poderes jurídicos de actuación de los órganos pú-

blicos administrativos, consagrado en el ordenamiento jurídico. La competencia le confiere a la autoridad administrativa la facultad para dictar un acto para el cual está legalmente autorizada y debe ser expresa, por lo que sólo en los casos de incompetencia manifiesta los actos administrativos estarían viciados de nulidad absoluta.

Tanto la doctrina como la jurisprudencia de este Máximo Tribunal, han distinguido básicamente tres tipos de irregularidades en el actuar administrativo, a saber: la usurpación de autoridad, la usurpación de funciones y la extralimitación de funciones. La usurpación de autoridad ocurre cuando un acto es dictado por quien carece en absoluto de investidura pública. Este vicio se encuentra sancionado con la nulidad absoluta del acto. Por su parte, la usurpación de funciones se constata, cuando una autoridad legítima dicta un acto invadiendo la esfera de competencia de un órgano perteneciente a otra rama del Poder Público, violentando de ese modo las disposiciones contenidas en los artículos 136 y 137 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en virtud de los cuales se consagra, por una parte, el principio de separación de poderes, según el cual cada rama del Poder Público tiene sus funciones propias; y se establece, por otra parte, que sólo la Ley define las atribuciones del Poder Público, y a estas normas debe sujetarse su ejercicio.

Finalmente, la extralimitación de funciones consiste fundamentalmente en la realización por parte de la autoridad administrativa de un acto para el cual no tiene competencia expresa. (Vid., sentencia número 00982 del 1° de julio de 2009, caso: Delia Raquel Pérez Martín de Anzola Vs. Comisión Judicial del Tribunal Supremo de Justicia).

Así, observa la Sala que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) sancionó a la actora, con fundamento en los artículos 126, 128 y 135 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios de 2010, aplicable en razón del tiempo (referidos a los derechos y defensa de las personas frente a la prestación de servicios de las empresas aseguradoras y su responsabilidad

como proveedora o proveedor) con ocasión a la denuncia formulada por el ciudadano Lenín Alberto Peña Ovalles, quien manifestó en su escrito que el 11 de marzo de 2011 le fue robada una camioneta de su propiedad “marca Toyota, modelo Land Cruiser Au, año 1998, color Azul, Placas MBX04U” la cual estaba asegurada por la empresa Proseguros, S.A., con una “póliza de seguros de casco” vigente desde el 8 de octubre de 2010 al 8 de octubre de 2011, identificada con el número 01140000035252.

En este orden de ideas, esta Sala estima conveniente traer a colación los artículos 1, 2, 3 y 4 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios de 2010, que regía su funcionamiento, y establecía el objeto, ámbito de aplicación y sujetos sometidos a dicho cuerpo normativo en los términos siguientes:

“Artículo 1: La presente Ley tiene por objeto la defensa, protección y salvaguarda de los derechos e intereses individuales y colectivos en el acceso de las personas a los bienes y servicios para la satisfacción de las necesidades, estableciendo los ilícitos administrativos, sus procedimientos y sanciones; los delitos y su penalización, el resarcimiento de los daños sufridos, así como regular su aplicación por parte del Poder Público con la participación activa y protagónica de las comunidades, en resguardo de la paz social, la justicia, el derecho a la vida y la salud del pueblo.”

“Artículo 2: Las disposiciones de la presente Ley son de orden público e irrenunciable por las partes. Las operaciones económicas entre los sujetos definidos en la Presente Ley, que sean de su interés particular y en las que no se afecte el interés colectivo, podrán ser objeto de conciliaciones o arreglos amistosos”.

“Artículo 3. Quedan sujetos a las disposiciones de la presente Ley, todos los actos jurídicos celebrados entre proveedoras o proveedores de bienes y servicios, y las personas organizadas o no, así como entre éstas, relativos a la adquisición o arrendamiento de bienes, a la contratación de servicios prestados por entes públicos o privados, y cualquier otro negocio jurídico de interés económico,

así como, los actos o conductas de acaparamiento, especulación, boicot y cualquier otra que afecte el acceso a los alimentos o bienes declarados o no de primera necesidad, por parte de cualquiera de los sujetos económicos de la cadena de distribución, producción y consumo de bienes y servicios, desde la importadora o el importador, la almacenadora o el almacenador, el transportista, la productora o el productor, fabricante, la distribuidora o el distribuidor y la comercializadora o el comercializador, mayorista y detallista”. (Destacado de la Sala).

“Artículo 4. Para los efectos de la presente Ley se considerará:

Personas: Toda persona natural o jurídica, de carácter público o privado, organizada o no, que adquiera, utilice o disfrute bienes y servicios de cualquier naturaleza como destinatario final.

Proveedora o Proveedor: Toda persona natural o jurídica, de carácter público o privado, que desarrolle actividades en la cadena de distribución, producción y consumo, sean estos importadora o importador, productoras o productores, fabricantes, distribuidoras o distribuidores, comercializadoras o comercializadores, mayoristas o detallistas de bienes o prestadora o prestador de servicios”.

Como ha puesto de manifiesto esta Sala Político-Administrativa anteriormente (ver sentencia número 153 del 1° de marzo de 2012, caso: Grupo Amazonia, C.A.), las normas supra transcritas aplicables al caso *ratione temporis*, otorgaban amplias potestades al Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), con el objeto de materializar los mecanismos necesarios para la protección de los derechos consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en el ámbito económico y, en concreto, los relacionados con el derecho de los ciudadanos y de las ciudadanas a disponer de bienes y servicios de calidad según el artículo 117 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, garantías estas que ahora se refuerzan con la aplicación de los mecanismos y disposiciones previstas en el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley Orgánica de Precios Justos.

De ahí que se prevea en la Carta Fundamental y se desarrolle en los mencionados textos legislativos aquellos procedimientos dirigidos a la defensa del público consumidor, el resarcimiento de los daños ocasionados y las sanciones correspondientes por la vulneración de estos derechos, siendo importante recalcar que estas atribuciones deben ser ejercidas en consonancia con los objetivos y principios consagrados en el ordenamiento jurídico, ello a fin de evitar medidas arbitrarias.

A mayor abundamiento los artículos 19 y 102 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios de 2010, vigente para la fecha en que se dictó la Providencia Administrativa impugnada, señalan lo siguiente:

“Artículo 19. El Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios conocerá, tramitará, sustanciará y sancionará las trasgresiones a la presente Ley, relativas a la defensa de los ahorristas, asegurados o aseguradas y en general de las personas, usuarios o usuarias que utilicen los servicios prestados por los bancos, aseguradoras, las entidades de ahorro y préstamo, las operadoras de tarjetas de crédito y otros entes financieros y demás servicios, quienes están obligados a prestarlos en forma continua, regular y eficiente.

Artículo 102. Son competencias del Instituto para la Defensa de las Personas en el acceso a los Bienes y Servicios:

(...Omissis...)

3. Sustanciar, tramitar y decidir los procedimientos iniciados de oficio, por denuncia o por solicitud de parte, de conformidad con su competencia para determinar la comisión de hechos violatorios de la presente Ley o de las disposiciones dictadas en su ejecución y aplicar las sanciones administrativas que correspondan, así como las medidas correctivas y preventivas.

4. Coordinar con la Superintendencia de Bancos y otras Institu-

ciones Financieras o la Superintendencia de Seguros, según sea el caso, las acciones tendentes a hacer efectiva la defensa de los ahorristas, asegurados y usuarios de servicios prestados por la banca, las entidades de ahorro y préstamo, las empresas operadoras de tarjetas de crédito, los fondos de activos líquidos y otros entes financieros”. (Resaltado de la Sala).

De las normas transcritas se observa que le correspondía al Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) conocer, tramitar, sustanciar y sancionar las transgresiones a dicha Ley por parte de las empresas aseguradoras, las cuales se encuentran obligadas a prestar el servicio en forma eficiente y responsable.

Conforme a lo antes expuesto, se desprende que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), tenía atribuidas competencias atinentes al resguardo de los derechos e intereses de las personas relacionados a los servicios que les son prestados, entre ellos, los ofrecidos por las empresas aseguradoras, siempre y cuando no se discutan interpretaciones relativas a las cláusulas del Contrato de Póliza. En consecuencia, la Sala, desestima el alegato de incompetencia alegado por la parte recurrente. Así se decide.

.....

**TEMA: OMISIÓN DE LA EXPERTICIA DEL VEHÍCULO
ANTES DE SUSCRIBIR LA PÓLIZA DE SEGUROS**

Máxima: la empresa aseguradora no fue diligente al momento de emitir la póliza, por omitir la realización de la experticia del vehículo a fin de verificar los desperfectos, alteraciones, daños o averías que pudo presentar el mismo, antes de la emisión y pago de la prima del seguro y no con posterioridad a la ocurrencia del siniestro.

Máxima: la sociedad mercantil Proseguros, S.A, debió

indemnizar al asegurado con el monto señalado en la Póliza de Seguros de Vehículos Terrestres, suscritas entre las partes el 8 de octubre de 2010 y “por lo tanto, es acreedora de una sanción administrativa, además de resarcir el daño causado”.

EXTRACTO:

Señala que la Administración consideró que su mandante incurrió en la violación de los artículos 8, 16, 19 y 78 de la Ley de Protección de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, al no haber indemnizado el siniestro ocurrido al vehículo asegurado, sin tomar en cuenta que dicho bien presentaba los seriales de identificación adulterados y nunca fue sometido a la inspección previa del seguro.

Asimismo, arguye que conforme al artículo 10 de la Ley del contrato de seguro, “el contrato de seguro puede cubrir toda clase de riesgos si existe interés asegurable, salvo prohibición expresa de la Ley”, razón por la cual debe concluirse que el vehículo hurtado es un bien fuera del comercio que no puede ser vendido o poseído legítimamente al presentar seriales adulterados, lo cual lo excluye de la posibilidad de ser objeto de un contrato de seguro.

Por otra parte, señala que la Administración desconoce la naturaleza de “buena fe” del contrato de seguro y en este sentido, afirma que el asegurado nunca manifestó a la empresa aseguradora la situación existente con los seriales del vehículo, lo que impidió a su mandante valorar adecuadamente el riesgo.

Respecto al mencionado vicio es conveniente reiterar que el falso supuesto se configura cuando la Administración al dictar un determinado acto administrativo fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o que ocurrieron de manera distinta a la apreciación efectuada por el órgano administrativo, verificándose de esta forma el denominado falso supuesto

de hecho; igualmente, cuando los hechos que sirven de fundamento a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al emitir su pronunciamiento los subsume en una norma errónea o inexistente en el derecho positivo, se materializa el falso supuesto de derecho. Por tal virtud, dicho vicio -en sus dos (2) manifestaciones- afecta la causa de la decisión administrativa, acarrea en consecuencia su nulidad (Vid. sentencias de esta Sala Político-Administrativa números 230 y 154 del 18 de febrero de 2009 y 11 de febrero de 2010, casos: Empresa Cirmar, C.A. Vs. Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT) e Inspectoría General de Tribunales Vs. Comisión de Funcionamiento y Reestructuración del Sistema Judicial, respectivamente).

En relación con el falso supuesto de hecho alegado por la representación judicial de la empresa aseguradora esta Sala aprecia que el ciudadano Lenin Alberto Peña Ovalles, (denunciante en sede administrativa), contrató con Proseguros, S.A., una “Póliza de seguros de casco” con vigencia desde el 8 de octubre de 2010 al 8 de octubre de 2011, quedando identificada bajo el número 01140000035252.

El 11 de marzo de 2010 el referido ciudadano sufrió un siniestro el cual reportó a la empresa aseguradora manifestando “que iba vía Santa Teresa, [se] par[ó] a orinar en la vía de pronto se paró una camioneta Eco Sport negra, se bajaron tres tipos desconocidos con pistolas, [lo] revisaron y [le] sacaron la llave del vehículo y un teléfono celular y [lo] hicieron que corriera en sentido contrario de la camioneta”. (Sic). (Agregados de la Sala). Cabe destacar que del escrito libelar se desprende que en fechas 15 y 18 de marzo de 2011, la accionante señaló que “solicitó EL DENUNCIANTE una declaración de siniestro donde ampliara los detalles del mismo. De [esa] declaración complementaria se pudo determinar, entre otros aspectos, que el perito independiente al momento de efectuar la inspección del vehículo asegurado, antes de la suscripción de la póliza, no realizó la misma, ni tomó las fotos del vehículo propiedad del DENUNCIANTE, situación evidentemente irregular que le impidió a [su] representada evaluar la situación del riesgo”. (Agregados de la Sala y mayúsculas del original).

El 19 de septiembre de 2011 la sociedad mercantil aseguradora notificó al denunciante en sede administrativa “que el vehículo asegurado nunca fue sometido al proceso previo de inspección para la emisión de la póliza y que adicionalmente éste presentaba sus seriales de identificación adulterados”.

De los dichos de la parte demandante se puede apreciar que fue con posterioridad al siniestro del robo que la empresa procedió a investigar si el vehículo asegurado cumplía o no con los requisitos para el otorgamiento de la póliza, es por ello que seis meses después del mencionado siniestro detectó las irregularidades arriba señaladas y procedió a notificar al denunciante que no procedía la indemnización de la suma asegurada, es decir, fuera de los treinta (30) días continuos que establece el artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

En ese mismo sentido, es importante destacar que el acto administrativo emitido por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), tomó en consideración que la sociedad mercantil Proseguros, S.A., “no emitió respuesta al siniestro (...) declarado por el denunciante en fecha 15 marzo de 2011, dentro del lapso establecido” en la norma supra citadas.

También manifestó en ella que el rechazo del siniestro por parte de la empresa aseguradora se debió “por las presuntas alteraciones de los seriales de la chapa identificativo del cortafuego, chasis y motor”.

En virtud de lo cual dejó sentado en dicha Providencia Administrativa que procedió a consultar “el portal web (...) del Tribunal Supremo de Justicia (TSJ), [del cual se] evidenci[ó] que en fecha 09 de septiembre de 2004, el Tribunal Primero de Primera Instancia en Funciones de Control de la Circunscripción Judicial del Estado Anzoátegui, Sede Barcelona, expediente número BP01-S-2004-003716, en decisión emitida por el Juez de Control número 01, Dr. José Luis Arriojas, acordó lo siguiente: “(...) considero

[ese] Juzgador que habiendo variado las Circunstancias que incidieron para decidir en su oportunidad la entrega del vehículo (...), MARCA: TOYOTA; MODELO: LAND CRUISER, TIPO: SPORT WAGON, AÑO 1999; COLOR AZUL; CLASE CAMIONETA; PLACA MBXO4U; SERIAL DE CARROCERÍA: 8X11UJ80X9016996; SERIAL DE MOTOR: 1F0457959; al ciudadano: JEISON JOSÉ LÓPEZ RODRÍGUEZ, C.I: 11.423.621. Notifíquese a las partes. Líbrese oficio al Estacionamiento Metropolitano de Barcelona y Devuélvase los Documentos Originales. Incluso Copia Certificada de esta Decisión”. (Agregados de la Sala).

De conformidad con lo anterior se desprende de la Resolución impugnada que el referido Instituto sí consideró y evaluó las condiciones en que se encontraba el mencionado vehículo al momento de realizar la contratación de la póliza y pago de la prima, precisando que la conducta ilícita por parte de la aseguradora se configuró al omitir ofrecer la información y atención necesaria y adecuada al denunciante, así como al no haber dado respuesta en el tiempo legamente indicado de acuerdo a lo establecido en los artículos 8.7, 8.17, 16.1, 16.4, 19 y 78 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, en concordancia con el artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora, aplicables en razón del tiempo.

De igual manera considera importante la Sala indicar que la empresa demandante no fue diligente al momento de emitir la póliza, por omitir la realización de la experticia del vehículo a fin de verificar los desperfectos, alteraciones, daños o averías que pudo presentar el mismo, antes de la emisión y pago de la prima del seguro y no con posterioridad a la ocurrencia del siniestro.

Es por las consideraciones arriba indicadas que esta Sala reitera que la sociedad mercantil Proseguros, S.A, debió indemnizar al asegurado con el monto señalado en la Póliza de Seguros de Vehículos Terrestres, suscritas entre las partes el 8 de octubre de 2010 y “por lo tanto, es acreedora de una sanción administrativa, además de resarcir el daño causado”. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.000247.

FECHA: 28 de junio de 2019.

PARTES: Mar Obras, S.A. contra Seguros Pirámide, C.A.

.....
**TEMA: DESNATURALIZACIÓN DE LA VOLUNTAD
CONTRACTUAL Y EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO
DE SEGURO**

Máxima: la desnaturalización de la voluntad contractual está constituida por la incompatibilidad de la conclusión del juez con el texto de la mención que se interpreta, por lo que, si la conclusión del juzgador no es compatible con el texto del documento contractual ocurre la desnaturalización del contrato.

EXTRACTO:

Con fundamento en el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con lo estatuido en el artículo 320 eiusdem, se denuncia en la recurrida la infracción de los artículos 12 eiusdem, al haber incurrido la sentencia impugnada en el primer caso de suposición falsa, al atribuirle a instrumentos o actas del expediente menciones que no contiene.

Señala el formalizante:

“(...) 3.3.- Tercera delación

Según el artículo 313.2 y 320 del Código de Procedimiento civil se denuncia la infracción del artículo 12 del mismo código, por ser la parte dispositiva del fallo consecuencia de una suposición falsa por

parte del juez, en virtud de haber atribuido a actas del expediente menciones que no contiene con la aplicación de normas jurídicas que caben para resolver la controversia.

El sentenciador consideró que como MOSA incumplió la Cláusula 10 del TEXTO ANEXO de la póliza de seguros, esto lo llevó a declarar sin lugar la demanda; en concreto, fue de su idea de que los certificados estaban vencidos por lo que se hace acto y realidad el supuesto previsto en esa cláusula 10.

La misma declara esto:

“La embarcación deberá poseer sus correspondientes Patente o Licencia de Navegación, inspección ante el INEA, certificado Radio-telefónico, franco abordó, etc.” Por su parte, la recurrida dispuso:

“Del análisis de los documentos que fueron objeto de la prueba ce exhibición, como fue acertadamente valorado por el juez aquí, se evidencia de la fecha de vigencia de los mismos, como sigue: a) Certificado Internacional Francoabordo, que está vencida el ...25 de enero de 2014; b) el certificado de Seguridad del equipo para Buque de carga está vencido el ...(15) de febrero de 2014; c) el certificado de Seguridad de Construcción para Buques de Carga, que está vencido el...(12) de marzo de 2014; d) Certificado Internacional de Prevención de la Contaminación sport Hidrocarburos está vencido el—(15) de febrero de 2014, todo lo cual evidencia que al momento de la ocurrencia del hecho narrado en el libelo de la demanda, e inclusive como también fue apreciado por el juez de la recurrida, en vela oportunidad de haberse tomado la póliza cuya indemnización se solicita, lo que incuestionablemente se aprecia como un incumplimiento de naturaleza contractual y legal a la obligación de máxima buena fe, el buque no estaba documentalmente en condiciones de navegabilidad, lo que agravó los riesgos, por lo que la embarcación TRAVELCA I no se encontraba en estado de navegabilidad para el momento la ocurrencia del siniestro”, (cf. p. 28 de la recurrida)

Así las cosas, el incumplimiento de mantener los certificados del buque vigentes, vulneraron lo estipulado en la cláusula de las condiciones de la póliza, que exige su vigencia para el tiempo de la duración del contrato” (cf. p. 28 de la recurrida) La recurrida colocó palabras o expresiones que no siguen al TEXTO ANEXO de la póliza: la de mantener los certificados vigentes durante toda la duración del contrato. La letra del TEXTO ANEXO sólo afirma que MOSA debe poseer esos documentos; y nada más. Ni por accidente usa la expresión mantener los certificados vigentes durante la duración del contrato. La recurrida no justifica esa afirmación falsa ni la pondera de alguna manera que evidencie sea una conclusión fruto de la interpretación que merece esa cláusula 10; es una afirmación caída del cielo.

Efectivamente, hay suposición falsa puesta en el citado TEXTO ANEXO de la póliza; en ese instrumento en ningún lado habla de mantener los certificados vigentes durante la duración del contrato. Y como, para nada se evidencia una conclusión sino la afirmación de un hecho falso, indiscutiblemente, no se combate un desacuerdo con el criterio empleado por juez para resolver el conflicto judicial (cf. SCC 835 de 24.11. 2016).

Si esto es así como lo expresa la recurrida; está utilizando un hecho positivo y concreto, que es falso porque no encuentra apoyo en la letra de la póliza; y no una conclusión, por la forma como se escribió el TEXTO ANEXO de la referida póliza; ahí no dice mantener vigente para el momento del siniestro los referidos certificados; esto es una mentira procesal de la alzada; sino poseer sus correspondientes Patente o Licencia de Navegación, inspección ante el INEA, certificado Radiotelefónico, franco abord, etc.; nada de tenerlos vigentes durante el tiempo de la duración del contrato.

Debió la alzada expresar algo que califique de conclusión más acabada de los hechos probados; sólo se conformó con esa afirmación solitaria y huérfana de interpretación. Es una afirmación montada en meras sospechas y sobreentendidos. Y lo dijo sin pena al afirmar

en otro pasaje de la recurrida: que exige su vigencia para el tiempo de duración del contrato, (cf. p. 28 de la recurrida); mención o afirmación que no sigue al texto de dichas condiciones.

Se ha cumplido con el extremo formal de señalar cuál es el hecho positivo y concreto, que es falso, sobre la que descansa la suposición falsa; se acomodó la delación con arreglo al 313,2 y 320 del Código de Procedimiento Civil; que son los artículos que permite a la Sala descender al conocimiento de cómo quedaron establecido los hechos por la instancia para poder verificar la existencia de la mención falsa que corre al texto de la póliza.

En ese sentido, se acata la técnica perfecta elaborada por esa honorable Sala que se debe seguir o imitar; en orden a que reivindicada del recurrente indique con exactitud cuál de las hipótesis de suposición falsa enumeradas en el artículo 320 del citado Código se cuadra la delación; en este caso, en el primer caso o sea el de atribuirle a un documento o actas del expediente menciones que no contiene.

En la situación en estudio, la alzada al adulterar la verdad objetiva del expediente, se sirvió de una norma que no cabe para resolver el problema judicial sometido a su solución porque, precisamente, la usó para un caso no contemplado en esa norma; en este brete, hizo una falsa aplicación de la cláusula 10 del TEXTO ANEXO de la póliza de seguros, la que no dice nada sobre que los certificados deben mantenerse vigente durante todo el tiempo que dure el contrato.

Y al mismo tiempo, dejó de aplicar las normas que vienen al caso, no otras que los artículos 1159, 1160 del Código Civil y la del artículo 1.167 del mismo Código porque ante el incumplimiento de pagar las indemnizaciones acordadas en el contrato de seguros, se debió aplicar y no hizo, este último artículo, en fuerza a que si una de las partes, SEGUROS PIRÁMIDE no cumplió, MOSA reacciona y tiene el derecho de pedir la ejecución del contrato de seguros y conseguir las indemnizaciones del caso por las pérdidas sufridas.

Del estudio que ‘haga la honorable Sala podrá certificar que la alzada tergiversó y desnaturalizó la realidad objetiva del expediente, en cuyo caso por ostensible falseamiento de esa verdad, en estado de no ocuparse de la inteligencia y estricta aplicación del derecho sino que extender trabajo hasta las cuestiones de hecho.

En definitiva, se nota un error de percepción cometido por el juez al juzgar los hechos, precisamente al entrar a examinar la prueba y pone hechos concretos que resultan falsos e inexactos, con la capacidad de sostener consecuencias jurídicas igualmente falsas y erróneas, (cf. SCC 18/ 14.02. 2013); conforme a lo expresado, se cumplió con los modos de actuaciones que debe rendir un formalizante para tener el derecho a que se le conozca su delación por suposición falsa, (cf. SCC 410 de 30.06. 2016) y para descubrirlo sólo bastará una labor de confrontación entre lo declarado por el juez y el contenido del medio de prueba de dónde el juez se imaginó o supuso un hecho que colocó como básico para decidir el conflicto; un mero error material y no de raciocinio ni apreciación probatoria ni constituye, como se dijo antes, un eventual desacierto de los jueces en su labor de apreciación probatoria (cf. SCC n° 13 de 20. 01. 1999). De conformidad a lo narrado, al acuñarse esa suposición falsa, la alzada atada a la misma declaró sin lugar la demanda porque consideró que MOSA incumplió la cláusula 10 del TEXTO ANEXO de la póliza, a cuyo fin utilizó como pieza de convicción severa la citada suposición falsa con violación al artículo 12 del Código de Procedimiento Civil al sacar elementos de convicción ajenos a los autos y no atenerse a la verdad que late en el expediente...” (Destacado de lo transcrito)

La Sala, para decidir observa:

En la presente delación la formalizante denuncia la infracción por parte de la recurrida del artículo 12 del Código de Procedimiento Civil; por incurrir en el primer caso de suposición falsa, al atribuirle a instrumentos o actas del expediente menciones que no contiene, referido al “(...) se

denuncia la infracción del artículo 12 del mismo código, por ser la parte dispositiva del fallo consecuencia de una suposición falsa por parte del juez, en virtud de haber atribuido a actas del expediente menciones que no contiene con la aplicación de normas jurídicas que caben para resolver la controversia...”

Y que “(...) el incumplimiento de mantener los certificados del buque vigentes, vulneraron lo estipulado en la cláusula de las condiciones de la póliza, que exige su vigencia para el tiempo de la duración del contrato’ (cf. p. 28 de la recurrida) La recurrida colocó palabras o expresiones que no siguen al TEXTO ANEXO de la póliza: la de mantener los certificados vigentes durante toda la duración del contrato. La letra del TEXTO ANEXO sólo afirma que MOSA (sic) debe poseer esos documentos; y nada más. Ni por accidente usa la expresión mantener los certificados vigentes durante la duración del contrato. La recurrida no justifica esa afirmación falsa ni la pondera de alguna manera que evidencie sea una conclusión fruto de la interpretación que merece esa cláusula 10; es una afirmación caída del cielo (...) Efectivamente, hay suposición falsa puesta en el citado TEXTO ANEXO de la póliza; en ese instrumento en ningún lado habla de mantener los certificados vigentes durante la duración del contrato. Y como, para nada se evidencia una conclusión sino la afirmación de un hecho falso, indiscutiblemente, no se combate un desacuerdo con el criterio empleado por juez para resolver el conflicto judicial (cf. SCC 835 de 24.11. 2016)...”

Finalizando su denuncia con que “(...) al mismo tiempo, dejó de aplicar las normas que vienen al caso, no otras que los artículos 1159, 1160 del Código Civil y la del artículo 1167 del mismo Código porque ante el incumplimiento de pagar las indemnizaciones acordadas en el contrato de seguros, se debió aplicar y no hizo, este último artículo, en fuerza a que si una de las partes, SEGUROS PIRÁMIDE no cumplió, MOSA reacciona y tiene el derecho de pedir la ejecución del contrato de seguros y conseguir las indemnizaciones del caso por las pérdidas sufridas (...) De conformidad a lo narrado, al acuñarse esa suposición falsa, la alzada atada a la misma

declaró sin lugar la demanda porque consideró que MOSA incumplió la cláusula 10 del TEXTO ANEXO de la póliza, a cuyo fin utilizó como pieza de convicción severa la citada suposición falsa con violación al artículo 12 del Código de Procedimiento Civil al sacar elementos de convicción ajenos a los autos y no atenerse a la verdad que late en el expediente. . .”

Así las cosas, en lo que respecta a la denuncia por el vicio de suposición falsa o falso supuesto, la misma consiste en el establecimiento expreso de un hecho positivo y preciso, que resulta falso al no tener soporte en las pruebas, bien porque el sentenciador superior atribuyó a actas o instrumentos del expediente menciones que no contiene, o porque estableció el hecho con base a una prueba que no existe, o cuya inexactitud resulta de las actas procesales. Estas hipótesis están previstas en el artículo 320 del Código de Procedimiento Civil.

Es claro pues, que se trata de un error de percepción cometido por el juez al fijar los hechos que resultaron demostrados en el proceso, esto es: un error en el juzgamiento de los hechos, el cual conduce, por vía de consecuencia, a un error de derecho, pues al variar la hipótesis fáctica resulta infringida, por falsa aplicación, la norma aplicada en el caso concreto. (Cfr. Sentencia N° 356, de fecha 14 de junio de 2016, expediente N° 2015-616, caso: Joel de Sousa Méndez contra Irma María Mavárez de Rodríguez y otros).

Ahora bien, en relación a la desnaturalización de los contratos, entendida esta como un vicio enmarcado dentro del primer caso de falso supuesto, esta Sala en fallo N° 732, de fecha 27 de julio de 2004, expediente N° 2003-1124, caso: Miriam del Carmen Moreno y otros contra Asociación Civil Ávila, señaló:

“(...) En sentencia de fecha 11 de marzo de 1992, expresó la Sala:

‘La interpretación de los contratos, de acuerdo a reiterada doctrina de esta Sala, es de la soberanía de los jueces de instancia, y la decisión que al respecto ellos produzcan, sólo será atacable en Casa-

ción por denuncia de error en la calificación del contrato, error éste de derecho, o por suposición falsa.’

‘Ahora bien, ha admitido esta Corte la casación por desnaturalización de una mención contenida en el contrato, que conduciría a que la cláusula establecida en el mismo, produzca los efectos de una estipulación no celebrada.

El límite entre la soberana interpretación del contrato y la tergiversación o desnaturalización de la voluntad contractual está constituido por la compatibilidad de la conclusión del Juez con el texto de la mención que se interpreta. Si el establecimiento de los hechos por el Juez es compatible con la expresión de la voluntad de las partes, estamos en la esfera de la interpretación; si, por el contrario, la conclusión del sentenciador no es compatible con el texto, estaríamos en presencia de una desnaturalización del contrato.

En aplicación de la doctrina transcrita, la Sala establece que la desviación ideológica cometida por el juez en la interpretación de los contratos, sólo puede ser atacada mediante el primer caso de suposición falsa...” (caso: Carlos Rodríguez Palomo, c/ Inversiones Visil C.A.). (Subrayado de la Sala).

Siendo ello así, se establece que la desnaturalización de la voluntad contractual está constituida por la incompatibilidad de la conclusión del juez con el texto de la mención que se interpreta, por lo que, si la conclusión del juzgador no es compatible con el texto del documento contractual ocurre la desnaturalización del contrato. (Cfr. Fallos números RC-515, de fecha 22 de septiembre de 2009, expediente N° 2008-613, caso Inversiones Alvamart, C.A., contra Edoval, C.A. y otra; RC-402, de fecha 29 de junio de 2016, expediente N° 2015-637, caso: Oscar Bethencourt Mesa y otros contra PLASTIHOGAR 2000, C.A., y RC-647, de fecha 27 de octubre de 2016, expediente N° 2016-369, caso: Pedro Navarro Lara contra Inversiones A.L.C., C.A., y otra, esta última bajo la ponencia del Magistrado que suscribe la presente decisión).

Conforme con la anterior jurisprudencia, la desnaturalización de la voluntad contractual está constituida por la compatibilidad de la conclusión del juez con el texto de la mención que se interpreta.

Ahora bien, a fin de verificar lo aducido por el formalizante, esta Sala pasa a transcribir lo pertinente del fallo, el cual estableció:

“(…) Del análisis de los documentos que fueron objeto de la prueba de exhibición como fue valorado por el juez a quo, se evidencia la fecha de vigencia de los mismos, como sigue: a) Certificado Internacional de Francobordo, que está vencida el veinte (sic) y cinco (sic) (25) de enero de 2014; b) Certificado de Seguridad del equipo para Buques de Carga, que está vencido el quince (15) de febrero de 2014; c) Certificado de Seguridad de Construcción para Buques de carga, que está vencido el doce (12) de marzo de 2014; d) Certificado Internacional de Prevención de la Contaminación por Hidrocarburos, está vencido el quince (15) de febrero de 2014, todo lo cual evidencia que al momento de la ocurrencia del hecho narrado en el libelo de la demanda, e inclusive como también fue apreciado por el juez de la recurrida, en la oportunidad de haberse tomado la póliza cuya indemnización se solicita, lo que incuestionablemente se aprecia como un incumplimiento de naturaleza contractual y legal a la obligación de navegabilidad, lo que agravo los riesgos, por lo que la embarcación TRAVELCA I no se encontraba en estado de navegabilidad para el momento de la ocurrencia del siniestro; en consecuencia, la parte demandada sociedad mercantil aseguradora Seguros Pirámide C.A., no estaba obligada a pagar la indemnización, ni las otras sumas peticionadas. Así se declara.

Así las cosas, el incumplimiento de mantener los certificados del buque vigentes, vulneraron lo estipulado en la cláusula 10 de las condiciones de la póliza, que exige su vigencia para el tiempo de duración del contrato, y, de igual forma, desvirtúa la presunción que se desprende de la materialización del siniestro, de que este se ocasionó en virtud de un riesgo amparado por el contrato de

seguro. En este mismo sentido, al evidenciarse en autos que los documentos del buques (sic) que acreditan el cumplimiento de los extremos de ley para garantizar su seguridad estaban vencidos, permiten hacer prueba en contrario, en contra de la presunción del marco de la póliza, dejando sin efecto lo que se presume al obtener el permiso de zarpe, debido a que esta es relativa y admite ser desvirtuada. Así se declara...”.

De acuerdo a la anterior transcripción del fallo de alzada, se tiene que la alzada luego del análisis y estudio de los instrumentos probatorios aportados por las partes procesales, determinó que la demandante al no tener los certificados vigentes no se encontraba en estado de navegabilidad para el momento de la ocurrencia del siniestro, por cuanto la mencionada al tener los mismos caducados no se ajustaba a las condiciones mínimas legales para realizar su navegación; a saber: i) Certificado Internacional de Francobordo, de fecha 25 de enero de 2014 (expirado); ii) Certificado de Seguridad del equipo para Buques de Carga, de fecha 15 de febrero de 2014 (expirado); iii) Certificado Internacional de Prevención de la Contaminación por Hidrocarburos, de fecha 15 de febrero de 2014 (expirado); y iv) Certificado de Seguridad de Construcción para Buques de Carga, de fecha 12 de marzo de 2014 (expirado); evidenciando esta Sala que quedó demostrado el incumplimiento del demandante a lo señalado en la cláusula décima del contrato de seguro, que expresa “La indemnización deberá poseer sus correspondientes Patentes o Licencia de Navegación, inscripción ante el INEA, Certificado Radiotelefónico, francobordo, etc.”; de modo que, el juez de la recurrida arrojó una interpretación correcta con lo que estipula la referida condición o cláusula del contrato, siendo tal proceder acertado con la expresión de la voluntad de las partes, y por ende, es evidente que en el presente caso no existió la desnaturalización de la cláusula del contrato de seguro delatada, demostrándose que la alzada no tergiversó la voluntad de las partes contratantes, por lo tanto, en base al análisis arriba efectuado, la actual delación deviene en improcedente. Así se declara. -

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00542.

FECHA: 07 de agosto de 2019.

PARTES: Seguros Mercantil C.A., contra Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE).

.....
**TEMA: NOTIFICACIONES AL INTERMEDIARIO DE LA
ACTIVIDAD ASEGURADORA**

Máxima: debe entenderse notificado de una comunicación la empresa de seguros o la persona asegurada, en los casos en que la comunicación es enviada a través del productor o corredor de seguros, luego del transcurso de cinco (5) días hábiles, que una u otra parte deberá entender que la comunicación ha sido recibida

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse sobre la demanda de nulidad ejercida conjuntamente con amparo cautelar por la sociedad de comercio Mercantil Seguros, C.A., con ocasión del silencio administrativo producido por la falta de respuesta del Ministro del Poder Popular para el Comercio al recurso jerárquico interpuesto el 18 de noviembre de 2013 contra la Providencia Administrativa Núm. DEC-01-00480-2013 dictada por el antiguo Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) en fecha 26 de septiembre de 2013, hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE), que sancionó a la recurrente con multa de mil cuatrocientas unidades tributarias (1.400 U.T.) y le impuso realizar el pago del siniestro reportado por la ciudadana Rosa Amelia Hernández de Campos, (denunciante en el procedimiento administrativo), así como los intereses correspondientes, en virtud del supuesto incumplimiento de lo establecido en

el artículo 8, numeral 3, artículo 16, numeral 4 y artículos 19 y 78 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios.

La parte demandante denunció que el entonces denominado Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (IN-DEPABIS), a través de la Providencia Administrativa recurrida, estimó que la sociedad de comercio Mercantil Seguros, C.A., recibió la formalización de la declaración del siniestro el mismo día que la asegurada le entregó la documentación. Sin embargo, no consideró que el artículo 48 de la Ley del Contrato de Seguro “indica que puede preverse una estipulación en contrario, es decir, que las empresas de seguro tienen la posibilidad de establecer algo distinto en lo que se refiere a la entrega de comunicaciones cuando se encuentra como intermediario un productor de seguros, como en efecto sucede con la póliza de seguro de casco vehículos terrestre”. (Sic).

En este orden de ideas precisó que la Póliza de Seguros de Casco de Vehículos, específicamente en la Cláusula Núm. 20 de las Condiciones Generales de la Póliza, prevé que “MERCANTIL SEGUROS estableció su propio mecanismo para determinar cuándo debe entenderse notificado de una comunicación la empresa de seguros o la persona asegurada, en los casos en que la comunicación es enviada a través del productor de seguros o corredor intermediario. Siendo entonces que, es luego del transcurso de cinco (5) días hábiles que una u otra parte deberá entender que la comunicación ha sido recibida”. (Sic).

Al respecto, esta Sala observa que el razonamiento empleado para denunciar el vicio reseñado está basado en la circunstancia que la Administración vulneró lo dispuesto en el artículo 48 de la Ley del Contrato de Seguros, así como en la Cláusula Núm. 20 de las Condiciones Generales de la Póliza, en relación al lapso establecido para entregar los recaudos en la empresa aseguradora correspondientes al siniestro reportado.

En atención a ello, le corresponde a esta Sala analizar el contenido de

la Providencia Administrativa Núm. DEC-01-00480-2013 del 26 de septiembre de 2013, dictada por el entonces Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE), confirmada por el silencio administrativo del Ministro del Poder Popular para el Comercio, en la cual la Administración estimó que:

“en fecha 06-03-2012, fue objeto de robo el vehículo, propiedad de la denunciante, asegurado por MERCANTIL SEGUROS, C.A., bajo el N° de póliza 1-32-315746-0. Es el caso que al día siguiente de la ocurrencia del siniestro la denunciante, ya identificada en autos, notificó a la empresa denunciada tal hecho a través de su página web. Asimismo, hizo entrega de los recaudos solicitados por la empresa denunciada a su Corredor de Seguros en fecha 21-03-2012, cumpliéndose en tal fecha el décimo (10) día hábil para hacer entrega de los mismos, en virtud que el lunes 19-03-2012 fue día bancario y por lo tanto no laborable para las empresas de seguros y no como pretende la representación de la sociedad mercantil denunciada que el último día hábil era el 20-03-2012 declarando extemporáneo la entrega de los recaudos antes nombrados y así rechazar el pago del siniestro en fecha 23-03-2012”. (Mayúsculas y resaltado del texto).

En este orden de ideas, resulta pertinente revisar los días hábiles transcurridos entre la fecha del siniestro y la fecha del rechazo del pago del mismo por parte de la empresa aseguradora.

En tal sentido tenemos que, el día martes 6 de marzo de 2012, ocurrió el siniestro, el cual fue reportado vía web a la aseguradora al día siguiente, es decir, el miércoles 7 del mismo mes y año, ahora bien los diez (10) días que establece la Cláusula Núm. 4 de las Condiciones Particulares de la Póliza, referida a las obligaciones del asegurado en caso de siniestro y desde su ocurrencia, fueron los siguientes: miércoles 7, jueves 8, viernes 9, lunes 12, martes 13, miércoles 14, jueves 15, viernes 16, martes 20 y

miércoles 21, todos del mes de marzo de 2012, siendo este último día, el décimo (10º) día en el que la ciudadana Rosa Amelia Hernández de Campos, le entregó al corredor de seguros, los mencionados recaudos para formalizar la declaración del siniestro. Cabe señalar que el día lunes 19 de marzo de 2012 no fue hábil para las empresas de seguros. Los dos (2) días hábiles siguientes fueron, el jueves 22 y viernes 23 de marzo de 2012, siendo este último, el día en que la aseguradora rechazó el pago del siniestro reportado.

Ahora bien, a continuación, se hace necesario citar el contenido del artículo 48 del Decreto Núm. 1505 con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicado en la Gaceta Oficial Núm. 5553 Extraordinaria del 12 de noviembre de 2001, el cual establece:

“Efecto de las notificaciones al productor

Artículo 48. Las comunicaciones entregadas a un productor de seguros producen el mismo efecto que si hubiese sido entregada a la otra parte, salvo estipulación en contrario.

El productor de seguros será civil y penalmente responsable en caso de que no haya entregado la correspondencia a su destinatario, en un lapso de cinco (5) días hábiles”. (Resaltado de la Sala).

Como se puede observar, la norma estipula que la documentación entregada a un productor de seguros causa el mismo efecto que si hubiese sido entregada a la otra parte, salvo que se haya acordado lo contrario, por lo que las empresas de seguros en cuanto a la entrega de comunicaciones pueden establecer algo distinto, cuando se encuentra como intermediario un productor de seguros, específicamente para el caso que nos ocupa, la póliza de seguro de casco de vehículos terrestres.

Visto que la Administración consideró que la empresa demandante recibió la formalización de la declaración del siniestro el mismo día que la aseguradora le entregó la documentación al productor de seguros, se hace necesario verificar el contenido de la Cláusula Núm. 20 de las Condiciones Ge-

nerales Póliza de Seguros de Casco de Vehículos Terrestres, la cual prevé:

“Cláusula No. 20: AVISOS

Las comunicaciones relativas a la terminación del contrato o al rechazo de cualquier reclamación, o de cualquier otro asunto entre las partes, deberán hacerse por cualquier medio de comunicación que deje certificada su recepción de modo indubitable, dirigidas al domicilio de “El Asegurador” o a la dirección de “El Tomador” o de “El Asegurado” que conste en el Cuadro Póliza, o a la dirección de su productor de seguros, si lo hubiere.

La comunicación entregada al productor de seguros produce el mismo efecto que si hubiese sido entregada a la otra parte, a partir de los cinco (5) días hábiles de haber sido recibida por el productor de seguros”. (Resaltado de la Sala).

De su texto se colige que la empresa aseguradora estableció un dispositivo para determinar cuándo debe entenderse que ella o la persona asegurada ha sido notificada, en aquellos casos en que la comunicación es remitida vía productor o corredor intermediario de seguros, siendo el caso que a tal efecto se previó en la referida norma que luego de transcurridos cinco (5) días hábiles de haber sido recibida por el productor de seguros, es que se entenderán como recibidas las comunicaciones.

Al concatenar esta norma contractual con la legal, prevista en el artículo 48 de la Ley del Contrato de Seguro, se puede deducir que, la mencionada cláusula califica como “estipulación en contrario”, a lo previsto en la norma legal.

En relación a esto señala la sociedad de comercio accionante, que si la Administración hubiera interpretado correctamente la referida disposición legal, y hubiera tomado en cuenta lo previsto en la Cláusula Núm. 20 de las Condiciones Generales de la Póliza, respecto a las comunicaciones entre las partes, habría constatado la extemporaneidad en la entrega de los recaudos exigidos a la asegurada, según lo previsto en el literal c) de la

Cláusula Núm. 4 de las Condiciones Particulares de la Póliza, por cuanto la asegurada tenía hasta el día 21 de marzo de 2012 para formalizar su reclamo, sin embargo el productor de seguros entregó los documentos y formalizó el reclamo, dos (2) días después, el 23 de marzo de 2012.

De todo lo antes expuesto, se puede colegir que la Administración, no tomó en consideración, los términos establecidos en las condiciones generales y particulares de la póliza de seguro de casco de vehículos terrestres, que fueron aprobadas para la empresa Mercantil Seguros, C.A., mediante oficio Núm. FSS-1-1-2463 de fecha 24 de enero de 2005, por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, toda vez que el condicionado de la póliza, es ley entre las partes contratantes, ya que la propia Ley del Contrato de Seguros, señala que las partes pueden establecer condiciones distintas a las establecidas en el referido Decreto Ley, de mutuo acuerdo, y en este sentido el legislador dispuso, como bien lo indica el ya referido artículo 48 del Decreto Núm. 1505 con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicado en la Gaceta Oficial Núm. 5553 Extraordinaria del 12 de noviembre de 2001, “Las comunicaciones entregadas a un productor de seguros producen el mismo efecto que si hubiese sido entregada a la otra parte, salvo estipulación en contrario”, y como quiera que la mencionada norma no es de orden público, admite estipulación en contrario, como ella misma lo previó.

En razón de lo señalado, se colige que la Administración no valoró los recaudos presentados por la actora, incurriendo en un error al no apreciar correctamente los términos pactados entre las partes intervinientes en las condiciones generales y particulares del Contrato de Seguros, así como en el artículo 48 de la Ley de Contrato de Seguro, toda vez que si no fuera así, hubiera concluido que la denunciante incumplió con los deberes que le establecía la ya mencionada póliza, y que en efecto consignó extemporáneamente la documentación requerida, pues no fue presentado dentro del lapso estipulado para que resultara procedente la materialización de la indemnización correspondiente al siniestro denunciado, lo cual le es imputable a su persona, razón por la que esta Sala considera que el acto

impugnado incurre en el alegado vicio de falso supuesto de derecho. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.000540.

FECHA: 12 de diciembre de 2019.

PARTES: Carlos Alexis Castillo Ascanio contra Seguros La Vitalicia, C.A.

.....

**TEMA: VIGENCIA DE UNA PÓLIZA POR CAMBIO DE
TITULARIDAD DE UN VEHÍCULO**

Máxima: El nuevo adquirente de un vehículo no tiene cualidad activa para sostener la pretensión de cumplimiento de un contrato de seguro e indemnización de daños y perjuicios, toda vez que, ha quedado demostrado que el interés jurídico propio en la relación material no lo obtuvo, por cuanto, al momento de comprar el vehículo no cumplió con las cláusulas contractuales del contrato de seguros que obligaba tanto al “anterior propietario como al adquirente” a notificar de tal situación. En efecto, disponía la cláusula N° 18, que: “si el objeto asegurado cambia de propietario los derechos y las obligaciones del contrato de seguro pasan al adquirente, pero tal situación deberá ser notificada a la empresa de seguros dentro de los quince (15) días hábiles siguientes”.

EXTRACTO:

Para decidir la Sala observa:

Efectivamente, aprecia esta Sala que la parte actora en la oportunidad de narrar los hechos en su escrito libelar, se refirió a la ocurrencia de dos siniestros diferentes: el primero, acaecido en fecha 22 de febrero de 2014, y el segundo, en fecha 10 de marzo del mismo año, en el cual se expresó lo siguiente:

“una vez ocurrido el siniestro precedentemente narrado y declarado ante la empresa Seguros La Vitalicia C.A. en fecha 06 de marzo de 2014, esta última, luego de solicitado el servicio de grúas amparado por la misma póliza, para trasladar el vehículo siniestrado desde el estacionamiento de vehículos del Instituto de Transporte y Tránsito terrestre, (...); el día 10 de marzo de 2014, se trasladó una grúa propiedad de la empresa Vital Contacto 365 C.A., operada por un trabajador de dicha empresa, quien movilizó el vehículo siniestrado propiedad de nuestro representado (...), pero, al momento de prestar el servicio, ya en el estacionamiento del Edificio Riviera, fue cuando el trabajador de la empresa Vital Contacto 365 C.A., procedió a desmontar el vehículo de la grúa, haciéndolo con tal impericia que el vehículo se desplazó abruptamente colisionando con una pared contigua, adicionándole otros daños al vehículo de nuestro representado.

((Omissis))

Una vez reportado el segundo siniestro a la referida empresa Vital Contacto 365 C.A., en fecha 11 de marzo de 2014, ésta, a través de sus representantes, se responsabilizó por los daños colaterales causados al vehículo de nuestro patrocinado, informando que ese otro siniestro sería cubierto precisamente por la empresa Seguros La Vitalicia C.A., con la cual se encuentra suscrita otra póliza que cubre los servicios de grúas que ellos prestan, tal como consta de las comunicaciones vía e-mail que se efectuaron durante el trámite del reclamo”.

De conformidad con lo expuesto por la representación legal de la parte actora en el escrito libelar se demandó el cumplimiento

del contrato de seguros y se solicitó: “cancelar a nuestro mandante ciudadano CARLOS ALEXIS CASTILLO ASCANIO (...), la cantidad de OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS BOLÍVARES (Bs. 882.600,00), por los montos y conceptos siguientes: TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS BOLÍVARES (Bs. 361.200,00), por indemnización de la póliza de seguro en virtud del primer siniestro ocurrido al vehículo de su propiedad; DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL BOLÍVARES (Bs. 273.000,00) producto de los daños generados al vehículo por el segundo siniestro; y DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS BOLÍVARES (Bs. 248.400,00) por daño emergente causado por la contratación de un vehículo taxi, para el traslado desde la ciudad de San Antonio de los Altos a la ciudad de Caracas y viceversa”. (Mayúsculas y negrillas del texto transcrito).

Sobre lo peticionado en relación con el segundo siniestro, la parte demandada se limitó a señalar en el punto 5 de su escrito de contestación que: “Niego y rechazo expresamente, que los daños sufridos por el vehículo anteriormente identificado, y producto del siniestro ocurrido en fecha 10 de marzo de 2014, cuya indemnización se reclama hayan ascendido a la suma de DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL BOLÍVARES (Bs. 273.000,00), pues ello no ha sido determinado por ninguna autoridad competente, técnico u (sic) experto en la materia, sino solo de acuerdo a la simple estimación subjetiva de la parte actora en su libelo, que no está acompañado de una prueba fehaciente que lo demuestre”. (Mayúsculas y negrillas del texto transcrito).

Por su parte, se aprecia que el sentenciador de alzada estableció únicamente la falta de legitimación *ad causam* con relación a la responsabilidad contractual referida al primer siniestro, estableciendo lo siguiente:

“DE LA CUESTIÓN DE PREVIA RESOLUCIÓN
(FALTA DE CUALIDAD ACTIVA)

La representación de la accionada sociedad mercantil, SEGUROS

LA VITALICIA, C.A., en la oportunidad de dar contestación a la demanda, opuso la excepción perentoria de falta de cualidad activa de su contraparte para intentar el juicio, de acuerdo con el artículo 361 del Código (sic) Adjetivo (sic) Civil (sic), toda vez que el ciudadano CARLOS ALEXIS CASTILLO ASCANIO no suscribió póliza alguna con su mandante, que amparara los riesgos del vehículo de marras y que al ser así dicho ciudadano no es tomador, asegurado o beneficiario de la póliza identificada con el N° AUIN 120002001.

((Omissis))

Aunado a las normas legales antes señalados, conceptualizando la figura del contrato de seguros, encontrándose el mismo en el artículo 5 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, siendo aquel en cual una empresa de seguro a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar dentro de los límites pactados el daño producido al tomador o asegurado y donde se presume que el mismo ha sido celebrado de buena fe, y donde las cláusulas que imponen la caducidad del derecho del tomador o del asegurado deben ser de interpretación restrictiva y en ese sentido, la parte actora aportó a los folios 30 al 33, 34, 35 al 38. 39, 40 al 41 y 42 al 64 de la primera pieza, pruebas concernientes a la celebración del contrato de seguro, conforme a la póliza de seguros de casco de vehículos terrestres con cobertura amplia, identificada con el N° AUIN 120002001, con vigencia de un (1) año, contado a partir del día 31 de mayo de 2013 hasta el día 31 de mayo de 2014, suscrita entre el ciudadano ELÍAS RAMÓN HERRERA BARRAGÁN y la sociedad mercantil SEGUROS LA VITALICIA C.A., sobre el vehículo marca Chevrolet, modelo Gran Vitara, identificado ut retro, pagada en su totalidad por el referido ciudadano en fecha 31 de mayo de 2013, así como la compraventa efectuada entre éste último y el ciudadano CARLOS ALEXIS CASTILLO ASCANIO, de fecha 13 de junio de 2013, con póliza de seguros vigente, a las que se adminicula la copia fotostática del ejemplar de la póliza de seguros

de casco de vehículos terrestres, remitida por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, que consta a los folios 341 al 352 de la misma pieza, en ocasión a la prueba de informes promovida por la representación judicial de la parte accionada y recibida ante el a quo con posterioridad al pronunciamiento de mérito, las cuales son valoradas ampliamente por esta superioridad a tenor de lo dispuesto en los artículos 12, 429, 433, 509 y 510 del Código (sic) Procesal (sic) Adjetivo (sic), en armonía con lo dispuesto en los artículos 1.361 y 1.363 del Código Civil, empero la circunstancia apremiante es en este asunto lo previsto en la cláusula 18 de las condiciones generales y particulares de la póliza de seguros de casco de vehículo terrestre en comento, al disponer, como ley entre las partes contratantes, que “Si el objeto asegurado cambia de propietario los derechos y las obligaciones derivadas del contrato de seguro pasan al adquirente, pero tal situación deberá ser notificada a la empresa de seguros dentro de los quince (15) días hábiles siguientes. Se exceptúa el supuesto de las pólizas nominativas para riesgos no obligatorios, si en las condiciones generales existe pacto en contrario. (...) El cambio de propietario deberá ser notificado por escrito a la empresa de seguros, en el plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha en que la transferencia haya operado. (...) Si la Empresa (sic) de Seguros no hace uso de su derecho a resolver el contrato en los términos previstos en esta cláusula, los derechos y las obligaciones del contrato de seguro pasarán al adquirente, a menos que este notifique a la empresa de seguros dentro de los quince (15) días siguientes a la transmisión de la propiedad, su voluntad de continuar el seguro”, de lo cual, en síntesis, se infiere que si efectivamente no existe la notificación del cambio de propietario dentro del referido lapso, obviamente los derechos y obligaciones de la póliza no pasan al nuevo propietario del vehículo asegurado y siendo que no se desprende de los autos que sustentan este juicio la notificación del cambio de propietario dentro de los quince (15) días posteriores a la ut supra compraventa del vehículo, ello trae como premisa que el demandante, en el

caso en particular bajo estudio, carezca de la cualidad de tomador, de asegurado, ni de beneficiario, necesarias para poder intentar la acción de cumplimiento de contrato de seguro, la cual forzosamente y por vía de consecuencia debe ser declarada inadmisibile. Así se decide.

En ese mismo orden de ideas, este juzgado superior, como representante del Estado en el ejercicio de la función jurisdiccional, considera inoficioso valorar el resto del material probatorio aportado a los autos, conforme los términos expuestos. Así se decide”. (Mayúsculas de la recurrida, subrayado de la Sala).

De la transcripción parcial supra realizada de la recurrida la Sala pudo evidenciar claramente que, el juez de alzada efectivamente omitió toda consideración y pronunciamiento en relación con la responsabilidad civil extracontractual demandada como consecuencia del segundo siniestro; pues se limitó a establecer la falta de legitimación ad causam invocada por la demandada en contra del actor, el cual a su juicio no tenía, pues se limitó a la relación contractual vinculada al primer siniestro.

En tal sentido, resulta imperioso para esta Sala determinar la influencia decisiva que tal vicio de la sentencia pueda generar en el dispositivo del fallo a los efectos de declarar la procedencia o no del recurso de casación.

En este sentido, la Sala observa que el sentenciador de alzada yerra en su análisis al declarar con lugar la falta de legitimación ad causam del actor y, al “considera[r] inoficioso valorar el resto del material probatorio” por cuanto obvia la composición del petitorio esgrimido en el libelo de demanda, en el cual se plantearon la responsabilidad por parte de la demandada de dos (2) siniestros acaecidos bajo circunstancias de responsabilidad por indemnización de daños y perjuicios distintas, la primera por la responsabilidad contractual a través del cumplimiento del contrato de marras por el siniestro primigenio, y la otra, la responsabilidad extracontractual derivada del segundo siniestro que se reclama derivado de la impericia o negligencia en el traslado en grúa y arribo o desembarque del vehículo

sinistrado por la empresa Vital Contacto 365, C.A., “empresa propiedad de Seguros La Vitalicia C.A. o del mismo Grupo (sic) Económico (sic)”.

Así pues, correspondía al sentenciador de alzada, una vez verificado si el actor tenía o no derecho al cobro de la indemnización acordada contractualmente en la póliza de seguros, emitir pronunciamiento de mérito correspondiente a la responsabilidad civil extracontractual demandada bajo indemnización de daños y perjuicios por el segundo siniestro, lo cual no hizo.

Partiendo de lo antes señalado, observa esta Sala que los elementos básicos que componen la responsabilidad civil extracontractual como lo son la culpa, el daño y la relación de causalidad, en modo alguno fueron discutidos o contradichos por la parte demandada en su escrito de contestación a la demanda lo que presupone su reconocimiento o aceptación tácita.

En efecto, como se refirió en líneas anteriores, la empresa demandada en el punto 5 de su escrito de contestación, se limitó a negar y rechazar la estimación hecha por la parte actora puesto que, a su decir, dicha suma “no ha sido determinada por ninguna autoridad competente, técnico o experto en la materia”. (Vid. folio 218 de la pieza 1 de 2 del expediente).

Ahora bien, la parte demandante consignó en su escrito de promoción de pruebas “Marcadas con las letras “H” e “I” (...), Facturas (sic) expedidas por la empresa Multiservicios Las Represas (...) a los fines de demostrar la certeza de los montos reclamados”. (Negrillas de esta Sala).

Asimismo, por tratarse de un documento privado emanado de tercero, la parte actora solicitó la prueba testimonial de su autor quien, en la oportunidad correspondiente, “manifestó que ratifica en su contenido y firma las facturas Números (sic) 000459 y 000461 de fechas 01 (sic) de noviembre de 2014, expedida por la sociedad mercantil LA MULTISERVICIOS LAS REPRESAS, la primera por el monto total de: cuatrocientos ochenta y siete mil bolívares (Bs. 487.000,00) y la segunda por un monto total de doscien-

tos setenta y tres mil bolívares (Bs. 273.000,00), expedidas a nombre del ciudadano CARLOS A. CASTILLO”.

Visto lo anterior, estima esta Sala que el quantum de los daños fue efectivamente demostrado por la parte actora recurrente en casación, siendo que, por el contrario, la parte demandada nada probó que le favoreciera en cuanto a la estimación de los daños sufridos por el vehículo en el segundo siniestro ocurrido en fecha 10 de marzo de 2014.

Precisado lo anterior, se observa que la denuncia por incongruencia positiva planteada influye determinantemente en la suerte del dispositivo, pues de haber resuelto el juez de la recurrida la pretensión silenciada habría declarado con lugar la responsabilidad civil extracontractual de la parte demandada y habría ordenado pagar la suma de doscientos setenta y tres mil bolívares (Bs. 273.000,00) producto de los daños generados al vehículo por el segundo siniestro.

Con este proceder, la Sala considera que infringió el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, porque no decidió de acuerdo con lo alegado en el presente proceso e igualmente el ordinal 5° del artículo 243 eiusdem, pues dejó de cumplir su deber de dictar una decisión expresa, positiva y precisa de acuerdo con lo alegado por las partes. En consecuencia, resulta aplicable la sanción de nulidad prevista en el artículo 244 del citado código adjetivo. Así se decide.

Por haber prosperado una denuncia por defecto de actividad, la Sala se abstiene de decidir las restantes, conforme a lo dispuesto en el artículo 320 del Código de Procedimiento Civil.

Dada la procedencia de una denuncia por quebrantamiento de forma, esta Sala pasa a conocer el mérito del asunto empleando la nueva redacción de los artículos 320, 322 y 522 del Código de Procedimiento Civil, según lo dispuesto en las decisiones N° RC-510 de la Sala de Casación Civil, de fecha 28 de julio de 2017, expediente N° 2017-124; sentencia vinculante N°

362 dictada por la Sala Constitucional de fecha 11 de mayo de 2018, Exp. N° 17-1129, caso: Marshall y Asociados C.A., y las sentencias de esta Sala de Casación Civil números 254 (caso: Luis Antonio Díaz Barreto, contra Ysбетia Rocío González Zamora) y 255 (caso: Dalal Abdrer Rahman Masud, contra Yuri Jesús Fernández Camacho y otra), ambas de fecha 29 de mayo de 2018. Así se establece.

SENTENCIA DE MÉRITO

En el sub iudice, la parte actora demanda el cumplimiento de contrato por cobro de bolívares e indemnización por daños y perjuicios derivado del incumplimiento de un contrato de póliza de seguro de casco de vehículo terrestre, por la ocurrencia de dos (2) siniestros, dicha “póliza de seguro” con cobertura amplia ampraba un vehículo modelo Grand Vitara, cuyas características y demás especificaciones técnicas se encuentran suficientemente especificadas en autos, la “póliza de seguro” está signada AUIN 12000200, con vigencia de un (1) año, desde el 31 de mayo de 2013 hasta el 31 de mayo de 2014, con la sociedad mercantil Seguros La Vitalicia C.A.

El tomador de la póliza en referencia es el ciudadano Elías Ramón Herrera Barragán, quien contrató y pagó en su totalidad la “póliza de seguro”, posteriormente en fecha 4 de junio de 2013, dio en venta el vehículo en referencia conjuntamente con la póliza de seguro al hoy actor recurrente en casación, cuya cobertura asciende a la cantidad de trescientos sesenta y un mil doscientos bolívares sin céntimos (Bs. 361.200,00).

Ahora bien, el primer siniestro es el acaecido el 22 de febrero de 2014, el cual, según los dichos del actor fue protagonizado por su hijo, aproximadamente a las 11:30 p.m., en la ciudad de Los Teques estado Bolivariano de Miranda, a la altura de Los Cerritos Carretera Panamericana, el cual perdió el control del vehículo al evitar un motorizado colisionando con objeto fijo, por salirse de la carretera, sin generar daños materiales ni personales a terceros.

Posteriormente, por estar la póliza de seguro en vigencia, procedió la actora a notificar del siniestro a la empresa de seguro “en tiempo hábil y oportuno para ello, debidamente acompañando todos los documentos necesarios (...) quedando registrado el siniestro reportado bajo el N° 120001748”.

Así tenemos que, en fecha 10 de marzo de 2014, la empresa de seguro a través de comunicación suscrita por la ciudadana Daysi Malpica, actuando en su carácter de “Coordinadora Técnico Reclamos Automóvil”, procedió a informar al anterior propietario del vehículo, la improcedencia del pago del siniestro denunciado, “intentando con ello desprenderse de su responsabilidad contractual (...) manifestando que el vehículo había sido vendido sin haberse notificado a la empresa, y que ello supuestamente incumplía lo estatuido en las “Condiciones Generales” del condicionado de póliza de seguros casco de vehículos terrestres”, por lo que la empresa de seguro, manifestó “la empresa considera que su reclamo no es procedente y en consecuencia declina su responsabilidad”. (Vid. folio 6 de la pieza 1/2 del expediente).

El segundo siniestro es el suscitado el 10 de marzo de 2014, a los fines de trasladar el vehículo siniestrado desde el estacionamiento de vehículos del Instituto de Transporte y Tránsito Terrestre, ubicado en La Macarena, ciudad de Los Teques, a la ciudad de Caracas para aparcarlo en el estacionamiento B-9, ubicado en el edificio Riviera urbanización El Rosal, Chacao, estado Bolivariano de Miranda, se trasladó una grúa propiedad de la empresa Vital Contacto 365 C.A., manejada por un empleado de dicha empresa, quien movilizó el vehículo “pero, al momento de prestar el servicio, ya en el estacionamiento del Edificio (sic) Riviera, fue cuando el trabajador de la empresa Vital Contacto 365 C.A., procedió a desmontar el vehículo de la grúa, haciéndolo con la impericia que el vehículo se desplazó abruptamente colisionando con una pared contigua, adicionándole otros daños al vehículo de nuestro representado”. (Vid. folio 18 de la pieza 1/2 del expediente).

Continúa el actor esgrimiendo en su libelo que, “la empresa que prestó el servicio de grúas que ocasionó el segundo siniestro, se denomina: Vital Contacto 365 C.A., que es una empresa propiedad de Seguros La Vitalicia C.A. o del mismo Grupo Económico, la cual realiza actividades conexas a los seguros de vehículos terrestres, como es la actividad de asistencia, traslado, transporte y rescate en caso de siniestro de vehículos.

Una vez reportado el segundo siniestro a la referida empresa Vital Contacto 365, C.A., en fecha 11 de marzo de 2014, esta, a través de sus representantes, se responsabilizó por los daños colaterales causados al vehículo de nuestro patrocinado, informando que ese otro siniestro sería cubierto precisamente por la empresa Seguros La Vitalicia C.A., con la cual se encuentra suscita otra póliza que cubre los servicios de grúas que ellos prestan, tal como consta de las comunicaciones vía e-mail que se efectuaron durante el trámite del reclamo (copias marcadas con la letra “K”). (Vid. folio 19 de la pieza 1/2 del expediente).

Finalizando el actor en su libelo con el petitum en los siguientes términos:

“PRIMERO: El cumplimiento de Contrato (sic) de Seguro (sic) de casco de vehículos terrestres con cobertura amplia (...)

SEGUNDO: A cancelar a nuestro mandante (...) la cantidad de OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS BOLÍVARES (Bs. 882.600,00), por los montos y conceptos siguientes: TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS BOLÍVARES (Bs. 361.200,00), por indemnización de la póliza de seguro en virtud del primer siniestro ocurrido al vehículo de su propiedad; doscientos setenta y tres mil bolívares (Bs. 273.000,00) producto de los daños generados al vehículo por el segundo siniestro; y doscientos cuarenta y ocho mil cuatrocientos bolívares (Bs. 248.400,00) por daño emergente causado por la contratación de un vehículo taxi, para el traslado desde la ciudad de San Antonio de los Altos a la ciudad de Caracas y viceversa.

TERCERO: La indexación o ajuste monetario por inflación (...) cal-

culadas desde la fecha de presentación de esta demanda hasta la ejecución de la sentencia definitiva del juicio, para lo cual solicitamos que sea determinada mediante experticia complementaria del fallo.

CUARTO: La cancelación de los intereses legales devengados por las cantidades demandadas, calculados a la tasa mensual del uno por ciento 1%, desde la fecha de presentación de esta demandada hasta la ejecución de la sentencia definitiva.

QUINTO: Los honorarios profesionales de abogados calculados prudencialmente en el 30% del valor de la demanda”. (Vid. folio 22 y 23 de la pieza 1/2 del expediente).

Por su parte, la demandada en la contestación de la demanda adujo como punto previo la falta de cualidad activa de la actora, por no ser el beneficiario de la póliza de seguros de casco de vehículos terrestres que se reclama cumplimiento, signada AUIIN 120002001, por cuanto el tomador, asegurado o beneficiario es el ciudadano Elías Ramón Herrera Barragán y no al actor, el cual no posee derecho alguno para solicitar ninguna indemnización, ya que, “este nunca cumplió con las obligaciones legales y contractuales establecidas, para poder ser el nuevo asegurado y beneficiario de la referida póliza”.

En virtud de ello, “el demandante confunde propiedad del vehículo, con los derechos y obligaciones que nacen de una póliza de seguros, cuyo Tomador (sic), Asegurado (sic) y Beneficiario (sic) es el ciudadano ELÍAS RAMÓN HERRERA BARRAGÁN, ya identificado, lo que reconoce el actor es su escrito libelar”.

Es por esto que “el ciudadano CARLOS ALEXIS CASTILLO ASCANIO, ya identificado, para poder tener la continuidad de la póliza de seguros emitida por “MI REPRESENTADA”, tenía una serie de cargas u obligaciones que cumplir a tales fines, las cuales NUNCA realizó, y ahora pretende -pasado los lapsos- el pago de una indemnización, por un contrato el cual incumplió, por lo que “MI REPRESENTADA”, quedó liberada de toda obligación”.

A todo evento, de no prosperar la defensa anterior la demandada subsidiariamente, negó, rechazó y contradijo la demanda propuesta, exceptuando lo siguiente:

Convino que su representada suscribió en fecha 31 de mayo de 2013, el contrato de marras con el ciudadano Elías Ramón Herrera Barragán, titular de la cédula de identidad N° V-3.206.228, por una vigencia anual desde el 31 de mayo de 2013 al 31 de mayo de 2014.

Convino además que, para la fecha de ocurrencia del siniestro reclamado, concretamente, el 22 de febrero de 2014, recibió la declaración de siniestro por parte del ciudadano Carlos Arturo Castillo.

Como conclusión solicitan que sea declarado sin lugar la pretensión. (Vid. f. 209 al 220 pieza 1/2 del expediente).

Ahora bien, constituyó un hecho admitido por las partes la existencia del contrato de póliza de seguros de casco de vehículos terrestres que se reclama cumplimiento, signada AUIN 120002001, en fecha 31 de mayo de 2013, suscrito entre la sociedad mercantil SEGUROS LA VITALICIA, S.A., y el ciudadano ELÍAS RAMÓN HERRERA BARRAGÁN, titular de la cédula de identidad N° V-3.206.228, con una cobertura amplia hasta por la cantidad de TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS BOLÍVARES (Bs. 361.200,00), con una vigencia anual desde el 31 de mayo de 2013 al 31 de mayo de 2014, para amparar el vehículo siniestrado modelo Grand Vitara, plenamente identificado en autos.

En este orden de ideas, como se advirtió al resolver el recurso de casación, la representación judicial de la parte demandada nada adujo como defensa perentoria respecto al segundo siniestro demandado en la contestación de la demanda.

En este sentido en relación con la falta cualidad activa invocada por la

representación judicial de la parte demandada al momento de dar contestación a la demandada como defensa perentoria, la Sala observa que la misma debe forzosamente prosperar con relación al primer siniestro, es decir, el acaecido en fecha el 22 de febrero de 2014, por cuanto de las actas que integran el proceso se desprende del contrato de seguro de casco de vehículos terrestres con cobertura amplia, póliza N° AUIIN 12000200, cuyo cumplimiento de contrato se demanda, promovido como documento fundamental para avalar el cumplimiento que se reclama, se encuentran vinculados como partes contratantes la sociedad mercantil Seguros La Vitalicia, C.A., en condición de empresa aseguradora, y por el beneficiario, tomador del seguro o asegurado el ciudadano Elías Ramón Herrera Barragán ya plenamente identificado ut supra.

Sobre la base de las anteriores consideraciones, claramente se constató que el ciudadano Carlos Alexis Castillo Ascanio, a título personal, no tiene cualidad activa para sostener la pretensión de cumplimiento de contrato de seguro e indemnización de daños y perjuicios que demanda, toda vez que, ha quedado demostrado que el interés jurídico propio en la relación material no lo obtuvo, por cuanto, al momento de comprar el vehículo objeto de litis no cumplió con las cláusulas contractuales del contrato de seguros que había adquirido su tomador ciudadano Elías Ramón Herrera Barragán, y que obligaban tanto al “anterior propietario como al adquirente” los cuales quedaron “solidariamente obligados con la empresa de seguros”, específicamente en la cláusula N° 18, la cual establece que “si el objeto asegurado cambia de propietario los derechos y las obligaciones del contrato de seguro pasan al adquirente, pero tal situación deberá ser notificada a la empresa de seguros dentro de los quince (15) días hábiles siguientes”, es por ello que, la defensa de fondo debe prosperar, pero solo en relación con la pretendida indemnización por cumplimiento de contrato y daños y perjuicios esgrimida. (Vid. folios 40 al 41 de la pieza 1/2 del expediente).

Ahora bien, en relación con la reclamación por daño emergente derivado de la contratación de un vehículo taxi, para el traslado desde la ciudad de

San Antonio de Los Altos a la ciudad de Caracas y viceversa, desde la ocurrencia del primer siniestro 22 de febrero de 2014 hasta el 1 de noviembre del mismo año, por un monto de doscientos cuarenta y ocho mil cuatrocientos bolívares (Bs. 248.400,00), correspondiente a 207 días, contados de lunes a sábado, ida y vuelta, a razón de mil doscientos bolívares diarios (Bs. 1.200), la Sala observa que no existe a los autos prueba alguna que sustente la ocurrencia del daño emergente reclamado.

En relación con el punto cuarto del petitorio libelar, la Sala observa que lo pretendido por el hoy recurrente es la indemnización por intereses moratorios calculados a la tasa mensual del uno por ciento (1%) de las cantidades demandadas, ahora bien, las obligaciones indemnizatorias hasta tanto no sean determinadas en su cuantía mediante la sentencia condenatoria, no son líquidas, por lo que no podría incurrir en mora el deudor de las mismas. En consecuencia, forzosamente dicha petición debe desestimarse. Así se decide.

Así las cosas, esta Sala con base en las consideraciones vertidas ut supra procede a dilucidar la pretensión de responsabilidad civil extracontractual (cobro de bolívares) por los daños sufridos por el vehículo propiedad del actor en el segundo siniestro, suscitado en fecha 10 de marzo de 2014, la cual, con fundamento en los razonamientos expuestos en la segunda denuncia de forma se declara parcialmente con lugar la demanda. Así se decide.

.....

2021



TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC000007.

FECHA: 02 de marzo de 2021.

PARTES: Kem Gerard Mosley contra Mapfre la Seguridad, C.A de Seguros.

.....
**TEMA: INTERÉS ASEGURABLE EN EL CONTRATO DE
SEGURO MARÍTIMO**

**Máxima: de conformidad con lo previsto en el ordinal 8º
del artículo 379 de la Ley de Comercio Marítimo, cual-
quier persona que sea titular de un interés en el buque,
tiene un interés asegurable.**

EXTRACTO:

En el presente caso, el ciudadano Kem Gerard Mosley demanda a la sociedad mercantil Mapfre La Seguridad C.A. de Seguros, para que le pague la suma total asegurada en el contrato de Póliza de Seguro número 6600215500007, mediante la cual aseguró una embarcación propiedad de la sociedad mercantil Venezuelan Queen, C.A. Expone que a principios del mes de diciembre de 2002, decidió asegurar la embarcación FASTRAC VI contra todo riesgo, para preservar su interés.

Que el día 5 de noviembre de 2003, decidió trasladar la embarcación al varadero de la laguna de Boca de Río a fin de realizar pruebas de flotación y revisiones generales de los equipos de navegación y radiocomunicaciones, así como arreglos menores en general, para solicitar la inspección de las autoridades portuarias y optar por la actualización de los documentos marítimos legales. Continúa exponiendo, que en fecha 14 de noviembre de 2003, debido a causas no determinadas, la prenombrada embarcación fue afectada por un siniestro de incendio y se quemó en su totalidad; que según versión del ciudadano llamado Luís Felipe Vásquez, a quien se le asigna la condición de vigilante de la embarcación y quien se encontraba

a su vez en compañía de un ciudadano llamado Edinson Vásquez en el momento del siniestro, éste se originó en el tablero principal de la embarcación. Aduce que se notificó a los bomberos marinos y estatales de la estación Nro. 3 de Boca de Río, pero que éstos no pudieron llegar a tiempo. Que ese mismo (14/11/2003), la esposa de su representante autorizado, notificó vía telefónica la ocurrencia del siniestro con el objeto de que se designara un perito para ajustar la pérdida y posteriormente indemnizara los daños sufridos por la embarcación cubiertos por la póliza.

En virtud de lo cual demanda a la sociedad mercantil Mapfre La Seguridad C.A. de Seguros para que le pague la cantidad de tres cientos mil dólares de los Estados Unidos de América (\$300.000,00) por concepto de indemnización de la suma asegurada en la póliza y la cantidad de dos cientos millones de bolívares (Bs.200.000.000,00) por concepto de lucro cesante, más las costas del presente procedimiento.

Por su parte, la parte demandada, en la contestación a la demanda, alegó, entre otras afirmaciones, la falta de cualidad del actor y de su apoderado para sostener el presente juicio; que ninguno de los permisos o certificaciones estaban vigentes para el momento en que la nave se siniestró; que la parte actora no consignó la documentación requerida por dicha parte; que la embarcación nunca contó con el debido zarpe por carecer de los instrumentos requeridos y que alega que la actora nunca los tuvo. Que contrariamente a la afirmación de la actora, las razones del incendio delataron que este se originó en las bombas de achique, circunstancia que -afirma- estar excluida del contrato de póliza al así mencionarse en sus condiciones generales por lo que no procedía la indemnización en la póliza contratada y, finalmente solicitan se declare sin lugar la demanda.

● ● ●

Riela a los folios 435 al 436 de la primera pieza principal del expediente oficio de fecha 7 de noviembre de 2006, emanado de la Capitanía de Puertos Pampatar, en la que al respecto de la precitada prueba de informes, señaló lo que sigue:

1. Para el 14 de noviembre del 2003 el buque FASTRAC VI, no poseía la permisología vigente.

2. El Certificado Nacional de Navegabilidad y línea de Máxima Carga N° ARSH-069/99 según su expediente venció el 09/11/2000. El Certificado Radiotelefónico Nacional N° P-462/99 venció el 14/11/2000. El buque en cuestión poseía Autorización por ciento ochenta [180] días para Navegar y permanecer en aguas Venezolanas desde el 29/06/98 hasta el 29/12/98, renovado el 10/05/99 hasta el 10/11/99 y finalmente renovado desde el 12/11/99 hasta el 12/05/2000.

3. De acuerdo al expediente que reposa en esta Capitanía de Puerto desde el 14/11/2002 hasta el 14/11/2003 no se realizó ningún trámite para la renovación de documentos o Certificados.

4. El último Documento tramitado ante la Capitanía de Puerto que permitía navegar legalmente al buque “FASTRAC VI” fue el Certificado Nacional de Navegabilidad y línea de Máxima Carga N° ARSH-069/99 de fecha 09/11/99 hasta 09/11/2000.

5. Antes del 25 de noviembre del 2003 se consignó un documento Original [BILL OF LADING] y copia del Certificada de Origen los cuales me permito anexar fotocopia simple.

6. La Ley General de Marinas y Actividades Conexas entro en vigencia a partir del 14 de noviembre del 2002 según la Gaceta Oficial N° 37.570, sin embargo, dio prorroga de un [01] año para que los Certificados de Matrícula otorgados antes de esta fecha fueran reemplazados por la Patente de Navegación o Licencia de Navegación al inscribirse ante el Registro Naval Venezolano.

Los buques de pasaje menor de ciento cincuenta [150 AB] unidades deberían poseer Licencia de Navegación o al menos Certificado de matrícula, Certificado de Seguridad para buques de pasaje, Certificado de Arqueo, Certificado de Radio, Rol de Tripulantes, en fin, cumplir con todos los documentos y certificados que se indican en la Ley General de Marinas y Actividades Conexas Capitulo IV, artícu-

lo 31.

7. Como Autoridad Marítima, esta Capitanía no autoriza la Navegación de ningún buque que no cumpla con lo estipulado en la Ley General de Marinas y Actividades Conexas en relación a sus certificados estatutarios.

8. En cuanto al propietario se refiere, según el expediente que reposa en esta Dependencia aparece como propietario la Empresa VENEZUELAN QUEEN, C.A., tal como se demuestra en los documentos del punto n° 5”.

Prueba de informes que se les otorga valor probatorio de acuerdo a lo previsto en los artículos 433 y 507 del Código de Procedimiento Civil. Desprendiéndose del mismo que el buque FASTRAC VI no tenía los permisos vigentes que le permitiera navegar, de acuerdo a lo previsto en la Ley General de Marinas y Actividades Conexas.

8. Promovió prueba de informes a los fines de que se oficie a la Dirección de Extranjería para que informe sobre los movimientos migratorios del ciudadano Kem Gerad Mosley; prueba que fue evacuada, sin embargo, nada aporta a la solución de la controversia, pues solo evidencia los movimientos migratorios del actor, en virtud de lo cual se desecha. Así se establece.



Previamente, esta Sala debe pronunciarse sobre a la falta de cualidad activa, alegada en la oportunidad de la contestación de la demanda, conforme a lo establecido en el artículo 361 del Código de Procedimiento Civil. En ese sentido, se estima pertinente citar lo establecido en los artículos 378 y 379 de la Ley de Comercio Marítimo, que, sobre la figura del interés asegurable en materia marítima, indican lo que sigue:

“Artículo 378: Se entiende que una persona tiene interés en una expedición marítima cuando ésta se encuentra en cualquier relación legal o de tenencia con respecto a los bienes expuestos a la expedi-

ción y, como consecuencia de esa relación, esa persona pueda ser afectada por la conservación o la buena y oportuna llegada del bien al término de la expedición, o que pudiera ser perjudicada por su daño o pérdida, por su detención o por incurrir en una responsabilidad con respecto al bien, debido a su daño, pérdida o extravío durante el tiempo asegurado.

Cuando el bien asegurado deba pasar por la custodia o propiedad de varias personas mientras estén corriendo los riesgos, el seguro se entiende celebrado por cuenta de quien corresponda, a menos que la póliza establezca otra modalidad”.

“Artículo 379. A los efectos de esta Ley, tienen interés asegurable, entre otros:

1. El propietario del buque, de la mercancía o del flete.
2. El porteador, durante el lapso en que la carga este bajo su guarda y custodia.
3. El Capitán o cualquier miembro de la tripulación de un buque en relación a sus salarios.
4. La persona que anticipó el flete, siempre que este no sea reembolsable en caso de pérdida.
5. El deudor hipotecario por el valor del bien hipotecado.
6. El acreedor hipotecario respecto de toda suma exigible o que resulte debida por la hipoteca.
7. El asegurador bajo un Contrato de Seguro, en el riesgo que asume, a menos que la póliza estipule lo contrario. El asegurado no tiene derecho ni interés asegurable en tal reaseguro.
8. Cualquier persona que sea titular de un interés en un buque, carga o flete, aun cuando un tercero pueda haber convenido o se responsabilice de indemnizarle en caso de pérdida.

El acreedor hipotecario, consignatario u otra persona que tenga un interés asegurable en el bien objeto del seguro, puede asegurar

por cuenta y en beneficio de terceros interesados, así como en su propio beneficio”.

En ese sentido, de conformidad con lo previsto en el ordinal 8º del artículo 379 *eiusdem*, cualquier persona que sea titular de un interés en el buque, tiene un interés asegurable; así las cosas el interés asegurable que tiene el ciudadano Kem Gerard Mosley sobre la embarcación FASTRAC VI, se evidencia del Acta Constitutiva de la sociedad mercantil Venezuelan Queen, C.A., pues el mismo es propietario de noventa y cinco acciones de éstas; en virtud de lo cual, se observa que efectivamente la parte actora posee cualidad y tiene interés asegurable sobre la referida embarcación. Así se establece.

Ahora bien, en el caso sub iudice la parte actora sostuvo que a los fines de preservar su interés sobre la embarcación FASTRAC VI, propiedad de la sociedad mercantil Venezuelan Queen, C.A., decidió asegurarla contra todo riesgo a principios del mes de diciembre de 2002, con la sociedad mercantil Mapfre La Seguridad, C.A., según contrato de Póliza de Seguro Nro. 6600215500007.

Ello así, de la revisión de las actas que conforman el presente expediente, se observa que la demandante acompañó junto al escrito libelar en copia fotostática simple la póliza de seguro; en estos casos la Sala estima que la póliza es el instrumento fundamental de la pretensión de cumplimiento de un Contrato de Seguro, pues de dicho documento deriva inmediatamente la pretensión deducida, y por esa razón, debe ser consignada con la demanda en original, de conformidad con los artículos 429, 340 ordinal 6º y 434 del Código de Procedimiento Civil, y de ser incorporado con posterioridad en el proceso, no podría tener eficacia probatoria.

No obstante, consta del escrito de contestación de la demanda que la aseguradora aceptó como cierto el hecho de que emitió la aludida póliza, lo que constituye la admisión de la existencia de este documento; por lo que se considera que el contrato de póliza de seguro no es un hecho controvertido en el presente asunto. Así se establece.

Asimismo, tenemos que no es un hecho controvertido el siniestro que sufrió la embarcación FASTRAC VI.

.....

**TEMA: EXONERACIONES DE LAS EMPRESAS DE SEGURO
EN SINIESTROS MARÍTIMOS**

Máxima: la Póliza Dorada de Embarcaciones de Recreo de la sociedad mercantil Mapfre La Seguridad, C.A., establecía en la cláusula 10 que el seguro no cubre pérdida o daño alguno causado por acto intencional o negligencia manifiesta del asegurado o su complicidad. De la prueba de informes solicitada a la Capitanía de Puertos Pampatar, concatenado con la inspección judicial evacuada, se observa que para la fecha del siniestro la embarcación no se encontraba en estado de navegabilidad, lo que evidencia una negligencia por parte del asegurado.

Máxima: dentro de las cláusulas de exoneraciones pactadas por las partes quedaban excluidos del amparo de esa póliza, las pérdidas, daños o gastos directa o indirectamente causados por mal funcionamiento de la bomba de achique; en ese sentido, del material probatorio promovido y evacuado por la parte demandada, se evidencia del Reporte Final de Ajustes que el incendio se originó a raíz de un desperfecto en la bomba de achique.

EXTRACTO:

Así las cosas, esta Sala observa que en el presente caso la controversia radica en la responsabilidad que pudiera tener la demandada sobre el aludido siniestro y de esa manera proceda a indemnizar por los daños sufridos

al asegurado; en tal sentido, se pasa a resolver la presente controversia, previo a las siguientes consideraciones:

El artículo 5 de la Ley del Contrato de Seguro, define al Contrato de Seguro como:

“aquél en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por una póliza”.

Igualmente, la norma contenida en el artículo 6 *eiusdem*, establece cuales son las características del contrato y son las siguientes, “es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio, de buena fe y de ejecución sucesiva”.

En ese orden de ideas tenemos que el Contrato de Seguro se perfecciona con el simple consentimiento de las partes y prueba por un documento denominado póliza, a falta de entrega de éste por la compañía aseguradora, por el recibo de prima, cuadro recibo o cuadro póliza, conforme lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley del Contrato de Seguro; por su parte, dicha ley especial, en su artículo 16, define a la póliza como un documento escrito en donde constan las condiciones del contrato.

Asimismo, tenemos que los contratos de seguros, generalmente son contratos de adhesión, lo cual quiere decir, que la compañía aseguradora tiene previamente sus condiciones generales, que de acuerdo a lo previsto en el artículo 17 *eiusdem*, son aquellas que establecen el conjunto de principios que prevé la empresa de seguros para regular todos los contratos de seguro que emita en el mismo ramo o modalidad o particulares, aquellas que contemplan los aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura; las cuales se encuentran y son sometidas a una autorización previa

de la Superintendencia de Seguros como modelos de pólizas, y éstas crean una presunción iuris tantum cuando son para el mismo ramo, amparo y modalidad, de acuerdo con el artículo 15 *Ibidem*.

En tal sentido, los modelos de pólizas autorizados por la Superintendencia de Seguros no quedan excluido a la interpretación por parte del juez, ya que de conformidad con lo establecido en el artículo 12 del Código del Procedimiento Civil, dicho funcionario tiene la potestad de interpretar los contratos o actos, ateniéndose únicamente al propósito y a la intención de las partes o de los otorgantes, teniendo en miras las exigencias de la ley, de la verdad y de la buena fe.

Bajo tales parámetros, y considerando que las partes están contestes en que ambas suscribieron Contrato de Seguros, no cabe la menor duda que existe un Contrato de Seguro, su correspondiente póliza recibo y su cobertura, así como las condiciones particulares, por cobertura amplia; por lo que la reclamación, defensas e indemnizaciones que pudieran resultar se regirán por lo normado en dicho contrato (condiciones generales y particulares), así como en las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro. Así las cosas, esta Sala evidencia en la Póliza Dorada de Embarcaciones de Recreo de la sociedad mercantil Mapfre La Seguridad, C.A., las condiciones generales del contrato, estableciendo en la cláusula 10 lo que sigue:

“Cláusula 10.-

Este seguro no cubre pérdida o daño alguno causado por acto intencional o negligencia manifiesta del asegurado o su complicidad”. (Negrillas del texto y subrayado de la Sala).

En ese sentido, de la prueba de informes solicitada a la Capitanía de Puertos Pampatar, consignada mediante Oficio de fecha 7 de noviembre de 2006, concatenado con la inspección judicial evacuada por el Tribunal del Municipio Maneiro de la Circunscripción Judicial del estado Nueva Esparta en fecha 23 de febrero de 2007, se observa que para la fecha del siniestro la embarcación FASTRAC VI no se encontraba en estado de nave-

gabilidad; lo que evidencia una negligencia por parte del asegurado.

Del mismo modo, esta Sala observa en la Póliza Dorada de Embarcaciones de Recreo Yates de la sociedad mercantil Mapfre La Seguridad, C.A., las condiciones particulares del contrato, estableciendo en la cláusula 12 lo que sigue: “CLÁUSULA 19.- EXCLUSIONES:

Quedan excluidos del amparo de esta póliza, las pérdidas, daños o gastos directa o indirectamente causados por o atribuibles a:

“Omissis”

- Mal funcionamiento de la bomba de achique”. (Resaltado del texto).

Desprendiéndose de dicha cláusula que una de las exoneraciones de la compañía de seguros es que el siniestro haya ocurrido por mal funcionamiento de la bomba de achique; en ese sentido del material probatorio promovido y evacuado por la parte demandada, se evidencia del Reporte Final de Ajustes, ratificado mediante testimonial del ciudadano Eugenio Tremamunno, ingeniero redactor del mismo; en la que señaló que el incendio se originó a raíz un desperfecto en la bomba de achique.

Así las cosas, esta Sala no tiene elementos de convicción para desvirtuar la exoneración alegada por la parte demandada; pues si bien, en el escrito libelar la parte actora aduce que no se logró demostrar las causas del siniestro; del acervo probatorio se desprende que el origen del mismo fue por un desperfecto de la bomba de achique, circunstancia que exime a la aseguradora demandada de cualquier responsabilidad.

En consecuencia, de lo antes expuesto, esta Sala considera que lo procedente en la presente causa, es declarar sin lugar la presente acción, al quedar demostrado que el origen del siniestro ocurrido a la embarcación FASTRAC VI, lo ocasionó un desperfecto de la bomba de achique, circunstancia que exime a la aseguradora demandada de cualquier responsabilidad que tenga con el asegurado. Así se establece.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil .

SENTENCIA: RC.000338.

FECHA: 19 de agosto de 2021.

PARTES: Blanca Mery Carrillo de Nino contra Aseguradora Nacional Unida Uniseguros, S.A.

.....
**TEMA: DUDA EN LA DECLARACIÓN DEL SINIESTRO EN
EL CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: la irregularidad en la que la aseguradora fundamenta la existencia de serias dudas con respecto a la reclamación, se debe a un error humano cometido por un funcionario policial y no por el denunciante del siniestro, por lo que tal equivocación mal puede considerarse suficiente evidencia de que la asegurada utilizó medios y/o documentos engañosos para aprovecharse del beneficio de la indemnización amparada en la póliza de seguros que contrató.

EXTRACTO:

Aduce el recurrente, que en el caso de estudio, la alzada aplicó falsamente los artículos 20 y 37 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, así como el artículo 4 de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguros de Daños a Bienes para Vehículos Terrestres, Cobertura Amplia, ya que la actora estaba obligada a demostrar el acontecimiento del siniestro, sin embargo, no lo hizo, sino que aportó un conjunto de actuaciones engañosas.

Sostiene que la recurrida, de haber analizado correctamente las declaraciones, habría concluido que no existe una prueba plena de la ocurrencia del robo del vehículo, por el contrario, afirma- existen serias dudas

y contradicciones en cuanto a la experticia supuestamente practicada y el grado del daño que sufrió el bien mueble (desvalijado y/o pérdida total). Además, indica que la parte actora en la comunicación consignada a la demandada, trae una nueva versión de los hechos que presuntamente ocurrieron en relación al robo.

Por último, alega que la decisión impugnada se basa en una simple declaración testimonial inaudita parte, la cual, la demandada no pudo controlar.

Para decidir, la Sala observa:

En cuanto al cuestionamiento de la legitimidad, así como de la valoración del acervo probatorio realizado por el juez superior, es preciso señalar que el mismo sólo es posible realizarlo mediante una denuncia de casación sobre los hechos. Por su parte, las conclusiones a las que arribó la alzada, producto de su trabajo intelectual en el proceso de análisis de las pruebas, corresponden a la soberanía del juez, por lo tanto, escapan del control casacional, tal como ha sido abundantemente reiterado por esta Sala, a menos que se trate de una desviación ideológica, en cuyo caso sería impugnabile mediante una denuncia de suposición falsa. (Ver sentencia de esta Sala número 187, del 26 de mayo de 2010).

Ahora bien, el vicio de aplicación falsa de una norma ha sido definido por parte de la doctrina nacional como el que ocurre cuando el juez aplica de manera errada el supuesto de hecho de una norma jurídica ante hechos que no se subsumen en ella; en otras palabras, no hay correspondencia entre los hechos y la norma jurídica aplicada al caso en concreto.

En sentencia número 661 de esta Sala de Casación Civil, de fecha 5 de diciembre de 2011, se ratificó decisión número 236 de fecha 11 de abril de 2008 (caso: Josefa G. Pérez Contra Silverio Pérez) la cual señaló: “la falsa aplicación de una norma jurídica ocurre cuando el juez aplica una norma jurídica, a una situación fáctica que no está comprendida en el precepto.

Es decir, la falsa aplicación ocurre cuando un hecho que ha sido establecido por el sentenciador se califica mal y en consecuencia, se subsume en una norma jurídica, la cual no debía regular la situación planteada en el proceso”

En conclusión, la falsa aplicación de una norma jurídica ocurre cuando el sentenciador aplica al caso bajo análisis una norma que no era la llamada a resolver la controversia, es decir, yerra el sentenciador al escoger la norma aplicable. (Ver sentencia de esta Sala, número 136 del 30 de marzo de 2017).

Asimismo, tenemos que el artículo 20, numeral 7, y artículo 37 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, delatados como falsamente aplicados, disponen lo siguiente:

“Artículo 20. El tomador, el asegurado o el beneficiario, según el caso, deberá:

((Omissis))

7. Probar la ocurrencia del siniestro”.

“Artículo 37. El siniestro es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la empresa de seguros. Si el siniestro ha continuado después de vencido el contrato, la empresa de seguros responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes de la vigencia del contrato, y continúa después de que los riesgos hayan principiado a correr por cuanto de la empresa de seguros, ésta queda relevada de su obligación de indemnizar.

El tomador, el asegurado o el beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza, pero la empresa de seguros puede probar que existen circunstancias que según el contrato de seguro o la ley la exoneran de responsabilidad”. (Negrillas añadidas).

El citado artículo 37, establece que la carga de probar la ocurrencia del siniestro corresponde al tomador, al asegurado o al beneficiario de la póliza, según el caso, normativa que debe concatenarse con lo instituido en el numeral 7° del artículo 20 del mismo decreto ley; sin embargo, la misma norma faculta a la empresa de seguros a probar que existen circunstancias que según el contrato de seguro (póliza) o la ley, la exoneran de responsabilidad.

Es decir, que, si bien la ley pone en cabeza del tomador, asegurado o beneficiario de la póliza demostrar la ocurrencia del siniestro, el asegurador puede demostrar las circunstancias que lo eximen de la responsabilidad de pagar la suma asegurada o la indemnización que correspondería en caso de siniestro. (Salvador R. Yannuzzi Rodríguez. La Carga de la Prueba en el Contrato de Seguro. Revista Venezolana de Derecho Mercantil número 3 2019). Finalmente, fue acusado por falsa aplicación el artículo 4 de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguros de Daños a Bienes para Vehículos Terrestres, Cobertura Amplia, el cual reza lo siguiente:

“Artículo 4: EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.

1. El tomador, el asegurado, o el beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de estos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, reticencia(s) de mala fe o si en cualquier tiempo emplean medio o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios”.

La cláusula transcrita establece algunas de las excepciones en las que se puede amparar la empresa aseguradora para exonerar su responsabilidad del pago del compromiso adquirido mediante la póliza, entre ellas, está el uso de documentos engañosos o dolosos por parte del beneficiario para demostrar su derecho a exigir el desembolso acordado.

En íntima vinculación a lo anterior, conviene apuntar que esta Sala de Casación Civil ha señalado que en los casos donde el formalizante pretenda

enervar los efectos de la sentencia recurrida por la violación de una cláusula contractual, debe realizarse mediante la denuncia de casación por infracción de ley, en el sub-tipo de casación sobre los hechos, con basamento en el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, y artículo 320 *eiusdem*, por suposición falsa o un error en la calificación del contrato, y que en todo caso, como prueba, se trataría de un instrumento privado, oponible a su firmante, según las reglas ordinarias del Código de Procedimiento Civil, y no como pretende hacerlo el formalizante, vale decir, a través de una infracción de ley pura. (vid. sentencia número 300, del 25 de julio del año 2019, caso: Toyo Oeste, C.A. y otro contra Toyo West, C.A.). En tal sentido, esta Sala desecha la infracción por falsa aplicación del artículo 4 de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguros por falta de técnica. Así, se decide.

Ahora bien, con el fin de constatar si la recurrida está inficionada del vicio que se le imputa, esta Sala considera necesario citar lo pertinente del referido fallo, y del cual se transcribe lo siguiente:

“En el caso de marras, la demandada se excepciona al alegar que la información del asegurado no se correspondió con la verdad y según lo pactado dentro de las condiciones generales de la póliza, cuya ejecución se demandó, lo cual se contempla de la siguiente forma:

((omisis))

De la cláusula en cuestión, se evidencia que entre las condiciones del contrato de seguro, se estipuló la dispensa de pago de indemnización a la aseguradora, si el tomador, beneficiario o asegurado, emplean medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar la reclamación, así como la reticencia de mala fe, para derivar los beneficios de la póliza. Dicha cláusula, fue concatenada por la demandada, con los artículos 20, numeral 7 y 37 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, con la finalidad de sustentar su negativa, los cuales establecen:

((omisis))

En el caso bajo estudio, tenemos que la parte actora logró de mostrar (sic) como anteriormente se expresó-, la ocurrencia del siniestro y que éste ocurrió dentro del período de vigencia de la póliza (sic); pretendiendo la parte demandada, excepcionarse de pagar la indemnización, en unas presuntas declaraciones engañosas, dadas por la asegurada, al momento de notificarle la ocurrencia del hecho, donde adujo, incurrió en contradicción y reticencia, al no indicar que el vehículo había sido recuperado y que el ciudadano ELISEO NIÑO RODRÍGUEZ, lo iba a trasladar en grúa el día 26 de julio de 2010. Sin embargo, el hecho que el vehículo fuese encontrado el día 25 de julio de 2010, no indica, ni siquiera presuntamente, que el hecho del robo, no haya ocurrido; al contrario, ello solo reafirma que el mismo fue objeto de un hecho ilícito, que se encontraba amparado en la póliza de seguro; más aún, cuando funcionarios policiales adscritos a la Policía Municipal de la Alcaldía del Municipio Eulalia Buroz, indican que el mismo estaba parcialmente desvalijado. Así se establece.

((omisis))

Asimismo, también observa que, mal podría atribuírsele al ciudadano ELISEO NIÑO RODRÍGUEZ, declaración alguna, con respecto al hecho que el día 26 de julio de 2010, procedería a trasladar el vehículo con una grúa, cuando dicha reseña no se encuentra realizada por él, sino por un funcionario policial, que el órgano administrativo, no pudo atribuir autoría alguna. Así se establece.

Siendo así las cosas, mal puede endilgarse a la parte demandante que haya utilizado medios y/o documentos engañosos para aprovecharse del beneficio de la indemnización amparada en la póliza de seguros que contrató con la demandada; puesto que, el error en el que se fundamenta “serias dudas” con respecto a la fidelidad de la reclamación y con la ocurrencia del siniestro amparado en la póliza, no puede atribuirse a la parte actora; puesto que, como bien lo indican los informes que rindió el órgano administrativo

policial al tribunal de la causa, no es la parte quien transcribe las novedades del día en el libro de novedades, sino el funcionario de guardia (...); por lo que, tal información, referente a que el ciudadano ELISEO NIÑO RODRÍGUEZ, procedería a trasladar el vehículo amparado en la póliza, plenamente identificado ut supra, con una grúa el día 26 de julio de 2010, mal puede considerarse suficiente para fundamentar serias dudas, con respecto a la reclamación. Así se establece”. (Mayúsculas del fallo transcrito).

De la transcripción parcial de la sentencia recurrida, se evidencia que el juez superior consideró que la parte actora cumplió con la obligación que le imponen las normas contenidas en el artículo 20, numeral 7 y artículo 37 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley del Contrato de Seguro supra analizados, de demostrar, en este caso, el incidente del robo del vehículo automotor asegurado.

Asimismo, estableció que la irregularidad en la que la parte demandada fundamenta la existencia de serias dudas con respecto a la reclamación, se debe a un error humano cometido por un funcionario policial y no por el denunciante del siniestro, por lo que tal equivocación mal puede considerarse suficiente evidencia de que la parte demandante utilizó medios y/o documentos engañosos para aprovecharse del beneficio de la indemnización amparada en la póliza de seguros que contrató con la demandada; de modo que no se cumplen ninguno de los extremos considerados en el numeral 1 del artículo 4 de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguros de Daños a Bienes para Vehículos Terrestres, Cobertura Amplia.

Por lo tanto, no es cierta la delatada falsa aplicación de los artículos 20 y 37 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, pues, la situación verificada en autos por el sentenciador encuadra en el supuesto abstracto contemplado en dichas normas.

En consideración de lo antes expuesto, esta Sala de Casación Civil declara la improcedencia de la presente denuncia de infracción de ley. Así se decide.

.....
**TEMA: ACTA POLICIAL. DOCUMENTO PÚBLICO
ADMINISTRATIVO**

Máxima: el acta policial configura un documento público administrativo por emanar de un funcionario público autorizado, en el ejercicio de sus funciones y, por ello, goza de una presunción general de veracidad en cuanto a su forma, sus otorgantes, su contenido, la fecha y lugar de realización y en cuanto a los oficiales que la validan.

EXTRACTO:

Bajo el amparo del artículo 320 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el artículo 313 ordinal 2° eiusdem, el formalizante delata en la recurrida la infracción de una norma jurídica expresa que regula el establecimiento o valoración de las pruebas, como lo es el artículo 431 del Código de Procedimiento Civil, con apoyo en los siguientes argumentos:

“la parte actora anexo al libelo de la demanda la declaración del ciudadano JOSÉ RAFAEL ROJAS RANGEL, por ante el cuerpo de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas (Sub delegación de Ocumare del Tuy), declaración esta de fecha 26 de Julio (sic) de 2010.

La recurrida en relación a este documento, incurre en un error en la valoración al declarar que es un documento público de conformidad con el artículo 1357 del Código Civil en concordancia con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil.

Ahora bien, ciudadanos Magistrados (sic) lo único que es documento público administrativo, es la fecha cierta, en que se presento (sic) esa declaración que fue el día 30 de Julio (sic) de 2010, porque en cuanto al contenido estamos en presencia de una declaración de un

tercero extraño este proceso, que debió ratificar su declaración en conformidad con el artículo 431 Código de Procedimiento Civil en el proceso, y al no hacerlo así, no tiene ningún valor dicha declaración, porque se está cercenando el derecho de mi representada de poder repreguntar al mencionado ciudadano.

Esta infracción de ley por falsa aplicación de los artículos delatados porque, dicho anexo en su totalidad no puede entenderse como un documento público administrativo, porque se trata única y exclusivamente de una declaración anticipada de un testigo ante los funcionarios policiales, que no dan fe”.

Afirma el formalizante, que el juez de alzada erró en la valoración de la denuncia del robo del vehículo automotor que se hiciera por ante el cuerpo de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas (C.I.C.P.C), al establecer que es un documento público administrativo de conformidad con el artículo 1.357 del Código Civil en concordancia con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil, cuando lo cierto a su decir, es que dicha denuncia es una declaración de un tercero extraño a este proceso, que debió ratificar su declaración en el juicio de conformidad con el artículo 431 Código de Procedimiento Civil.

Asimismo, aduce el recurrente que la denuncia en cuestión no tiene ningún valor porque se está cercenando el derecho de la demandada de poder repreguntar al ciudadano que declaró.

Para decidir, la Sala observa:

La presente denuncia, debate el valor probatorio que ofrece en el proceso el acta policial dentro de su naturaleza documental.

Es convicción del recurrente que la denuncia debió ser valorada de conformidad con el artículo 431 del Código de Procedimiento Civil, el cual es del siguiente tenor:

“Artículo 431. Los documentos privados emanados de terceros que no son parte en el juicio ni causantes de las mismas, deberán ser ratificados por el tercero mediante la prueba testimonial”.

Ahora bien, con relación a los documentos administrativos, la sentencia de esta Sala número 285, de fecha 6 de junio de 2002, caso: Eduardo Saturnino Blanco contra Abilio Pestana Farías, ratificó la decisión N° 416 de la Sala Político Administrativa de la extinta Corte Suprema de Justicia, de fecha 8 de julio de 1998, caso: Concetta Serino Olivero contra Arpigra C.A., la cual estableció lo siguiente:

“Son Documentos (sic) Administrativos (sic), aquellos documentos emanados de los funcionarios públicos en el ejercicio de sus competencias específicas, los cuales constituyen un género de la prueba instrumental, que por referirse a actos administrativos de diversa índole, su contenido tiene el valor de una presunción respecto a su veracidad y legitimidad, en razón del principio de ejecutividad y ejecutoriedad, que le atribuye el artículo 8 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, y que por tanto, deben considerarse ciertos hasta prueba en contrario. Estos documentos están dotados de una presunción favorable a la veracidad de lo declarado por el funcionario en el ejercicio de sus funciones, que puede ser destruida por cualquier medio legal. En consecuencia, no es posible una asimilación total entre el documento público y el documento administrativo, porque puede desvirtuarse su certeza por otra prueba pertinente e idónea, y no sólo a través de la tacha de falsedad” (Negrillas agregadas).

Por su parte, en cuanto a la presunción de validez de los documentos administrativos, la Sala Político-Administrativa en su sentencia número 1.147, de fecha 15 de noviembre de 2018, caso: Casa de Representación Laboratorios Vivax Pharmaceuticals, C.A., dejó sentado lo siguiente:

“Ahora bien, los aludidos documentos por haber emanado de las

mencionadas autoridades constituyen documentos públicos administrativos que gozan de presunción de veracidad, los cuales a criterio de esta Sala conforme a la sentencia Nro. 1257 del 12 de junio del 2007, se “(...) asimila en cuanto a su valor probatorio a los instrumentos privados reconocidos o tenidos legalmente por reconocidos (...) a tenor de lo dispuesto en el artículo 1.363 del Código Civil, cuya eficacia probatoria por falsedad, inexactitud o ilegalidad, debe ser desvirtuada mediante una contraprueba, esto es, mediante cualquier medio probatorio por parte del aludido Organismo (sic), previa apertura de la correspondiente incidencia a los fines de garantizar el derecho a la defensa y al debido proceso del afectado”. (Negrillas agregadas).

A mayor abundamiento, es oportuno traer a colación la opinión sostenida por el autor Aristides Rengel Romberg (Tratado de Derecho Procesal Civil Venezolano. Tomo IV, p. 152), quien considera que la función del documento administrativo, no es otra que la de documentar los actos de la administración que versan sobre manifestaciones de voluntad del órgano administrativo que la suscribe o sobre manifestaciones de certeza jurídica.

Acorde con lo anterior, respecto al valor probatorio del acta policial, la Sala Constitucional de este Alto Tribunal, en su sentencia número 421, del 22 de junio de 2018, caso: José Ramón Peña Peraza, estimó lo siguiente:

“Al respecto, hemos de partir por considerar que el Acta (sic) Policial (sic) es una prueba documental, es decir un medio material donde se recogen manifestaciones de voluntad o conocimiento, se muestran imágenes o narraciones correspondientes a un estado de cosas pasadas, o, se dejó constancia de la ocurrencia de cierto acto o hecho.

((Omisis))

En la opinión de Pérez Sarmiento en virtud de ello gozan de una presunción general de veracidad en cuanto a su forma, sus otorgan-

tes, su contenido, la fecha y lugar de realización y en cuanto a los funcionarios que los han autorizado. Esta eficacia probatoria, que le viene conferida a esos documentos por la legislación civil, opera en todos los campos de la vida donde deba ser establecida la veracidad de esos documentos, incluido, claro está el proceso penal. (Pérez Sarmiento, Eric Lorenzo. Manual de Derecho Procesal Penal, página 323)". (Negrillas de esta Sala).

Del análisis de la jurisprudencia y la doctrina previamente citada, esta Sala concluye que en la legislación venezolana surgió una tercera categoría dentro de la clasificación de pruebas instrumentales, en la que se reconoce la especialidad de los documentos administrativos, y se les confiere la misma autenticidad que deviene de los documentos públicos, por ello gozan de una presunción de veracidad, por emanar de un funcionario público autorizado, en el ejercicio de sus funciones, dentro de lo cual encuadra el acta policial.

En cuanto a la forma de valoración que el juez debe darles, los documentos administrativos incluida el acta policial-, prima facie, debe ser valorado por el juez como legítimo, autentico y cierto, hasta tanto la contraparte a quien se opone, no refute el mismo, a través de algún medio de impugnación idóneo. En este sentido, surge una diferencia con los documentos públicos per se, los cuales solo pueden ser impugnados mediante la tacha de falsedad. Así, al mismo tiempo, los documentos administrativos se asemejan con los documentos privados reconocidos en cuanto al valor probatorio, ya que estos últimos gozan de valor probatorio hasta tanto no sean desvirtuados en contenido o firma.

De modo que, la eficacia de los documentos administrativos llevados a un proceso, dependerá exclusivamente de la tempestividad con la que estos se introduzcan en atención al principio de preclusividad de los lapsos procesales, y de la manera en que se ratifiquen, cuando estos hayan sido impugnados por la parte a quien no favorece. Dicha impugnación debe versar sobre la falsedad o ilegalidad del documento administrativo que se ha promovido.

En ese sentido, cabe precisar que, tal como fue estudiado previamente, el acta policial configura un documento público administrativo por emanar de un funcionario público autorizado, en el ejercicio de sus funciones y por ello, goza de una presunción general de veracidad en cuanto a su forma, sus otorgantes, su contenido, la fecha y lugar de realización y en cuanto a los oficiales que la validan. Por tanto, contrario a lo afirmado por el recurrente, en materia civil, en principio, este instrumento no debe ser ratificado en el juicio de conformidad con el artículo 431 Código de Procedimiento Civil, a menos que el mismo sea impugnado.

Luego del estudio pormenorizado del acta policial como documento público administrativo y su valor probatorio, cabe observar lo establecido por la recurrida al momento de analizar el medio probatorio in comento, la cual estableció lo siguiente:

“Asimismo, la parte actora promovió las siguientes pruebas:

((omisis))

4) Al folio 14, marcada anexo 04, copia fotostática de denuncia N° I-611.929. Con respecto a dicha promoción, se evidencia que el 26 de julio de 2010, el ciudadano JOSÉ RAFAEL ROJAS RANGEL, titular de la cédula de identidad N° 12.084.169, interpuso denuncia por ante la Sub-Delegación Ocumare del Tuy del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas, donde manifestó haber sido víctima de un robo por sujetos armados y bajo amenaza de muerte, quienes lo despojaron del vehículo marca ENCAVA, color Azul Multicolor, serial de motor 413557, serial de carrocería 8XL6GC11D6E003177, año 2006, el 24 de julio de 2010, aproximadamente a las nueve horas post meridiem (9:00 p.m.). Documental que fue producida por la parte demandada, en original, al folio 81, por lo que es valorada y apreciada por este jurisdicente, de conformidad con lo establecido en el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil y 1357 (sic) del Código Civil, al ser documento público administrativo. Así se establece” (Mayúsculas de la sentencia transcrita).

De la transcripción parcial del fallo recurrido, esta Sala observa que el juez calificó la denuncia por ante el órgano policial como un documento público administrativo de conformidad con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil y el artículo 1.357 del Código Civil. Esta forma de valorar la prueba objeto de estudio, está en armonía con el criterio jurisprudencial sostenido por esta máxima instancia jurisdiccional que fue analizado supra.

Cabe mencionar, además, que de una revisión exhaustiva de las actas que conforman el expediente, esta Sala no encontró impugnación alguna a la denuncia de marras. Por el contrario, la parte demandada recurrente en casación, consignó a los autos el mencionado documento en original.

Por consiguiente, esta Sala declara improcedente la presente denuncia por infracción del artículo 431 del Código de Procedimiento Civil.

.....
**TEMA: VALOR PROBATORIO DE LA CARTA MISIVA EN EL
PAGO DEL SINIESTRO**

Máxima: las cartas misivas pueden hacerse valer como un medio de prueba cuando cuenten con el consentimiento del remitente, así como del destinatario para su presentación en juicio, o que sea dirigida por una de las partes a la otra, siempre que contenga información acerca de alguna obligación; y su valor probatorio será de acuerdo con las reglas establecidas en la ley respecto a los instrumentos privados.

EXTRACTO:

Aduce el formalizante, que la sentencia recurrida realizó una valoración errada de la carta misiva que la actora habría enviado a la demandada, ya

que, de acuerdo con el artículo 1.374 de la ley sustantiva civil en concordancia con los artículos 1.363 y 1.371, *íbidem*, este instrumento debe ser valorado como un documento privado reconocido o tenido legalmente por reconocido, y los hechos narrados en ella tendrían la misma fuerza probatoria del instrumento público, hasta prueba en contrario.

En consecuencia, a decir del recurrente, la parte actora tenía la carga probatoria de desvirtuar las afirmaciones de la parte demandada sobre las supuestas contradicciones existentes en las declaraciones del siniestro.

Para decidir, la Sala observa:

El artículo 1.374 del Código Civil, delatado como infringido, es del siguiente tenor:

“La fuerza probatoria de las cartas misivas producidas en juicio, se determina por las reglas establecidas en la ley respecto a los instrumentos privados y del principio de prueba por escrito; pero carecerán de valor las que no estén firmadas por la persona a quien se atribuyan, salvo que hubieran sido escrita de su puño y letra y remitidas a su destino”.

El texto normativo transcrito establece el valor probatorio de la carta misiva, esto es, de acuerdo con las reglas establecidas en la ley respecto a los instrumentos privados. En atención a ello, el juez desestimaré los instrumentos que se hayan presentado en contravención con la ley.

En consonancia con lo anterior, la Sala de Casación Social, en sentencia número 472 del 09 de agosto de 2002, estableció lo siguiente:

“El tratamiento del instrumento privado calificado como carta misiva se encuentra reglamentado en los artículos 1.372 y 1.374 del Código Civil, de conformidad con los cuales, ese exige a los efectos de su valor probatorio, el consentimiento de remitente y destinata-

rio para su presentación en juicio, y se ordene desestimar las que se hayan presentada en contravención a la ley. Su apreciación no está regulada por las disposiciones sobre reconocimiento, desconocimiento o tacha de documentos privados y corresponde valorarla exclusivamente al Juez (sic) en la sentencia”. (Negritillas de esta Sala).

Cabe mencionar, además, el contenido de los artículos 1.363 y 1.371 de la ley sustantiva civil, los cuales prevén lo siguiente:

“Artículo 1.363.- El instrumento privado reconocido o tenido legalmente por reconocido, tiene entre las partes y respecto de terceros, la misma fuerza probatoria que el instrumento público en lo que se refiere al hecho material de las declaraciones; hace fe, hasta prueba en contrario, de la verdad de esas declaraciones”.

“Artículo 1.371.- Pueden hacerse valer en juicio como prueba o principio de prueba por escrito, las cartas misivas dirigidas por una de las partes a la otra, siempre que en ellas se trate de la existencia de una obligación o de su extinción, así como de cualquier otro hecho jurídico relacionado con los puntos que se controviertan.

El autor de la carta puede exigir la presentación de ésta a la persona a quien fue destinada o ésta producirla en juicio para los efectos mencionados”.

De manera que, de acuerdo con los artículos y la jurisprudencia supra analizados, las cartas misivas pueden hacerse valer como un medio de prueba, cuando cuenten con el consentimiento del remitente, así como del destinatario para su presentación en juicio, o que sea dirigida por una de las partes a la otra, siempre que contenga información acerca de alguna obligación; y su valor probatorio será de acuerdo con las reglas establecidas en la ley respecto a los instrumentos privados.

Ahora bien, es preciso analizar lo establecido por el juez de alzada. Al respecto, señaló lo siguiente:

De manera que, de acuerdo con los artículos y la jurisprudencia supra analizados, las cartas misivas pueden hacerse valer como un medio de prueba, cuando cuenten con el consentimiento del remitente, así como del destinatario para su presentación en juicio, o que sea dirigida por una de las partes a la otra, siempre que contenga información acerca de alguna obligación; y su valor probatorio será de acuerdo con las reglas establecidas en la ley respecto a los instrumentos privados.

Ahora bien, es preciso analizar lo establecido por el juez de alzada. Al respecto, señaló lo siguiente:

“Asimismo, la parte actora promovió las siguientes pruebas:

((omisis))

17) Marcada “K”, copia fotostática de comunicación del 26 de noviembre de 2010, emanada de la ciudadana BLANCA MERY CARRILLO DE NIÑO, dirigida a la sociedad mercantil ASEGURADORA NACIONAL UNIDA, S.A. Ahora bien, con respecto a dicha promoción, este jurisdicente observa que se trata de un documento privado emanado de la propia parte actora, producido en juicio en copia fotostática, con una firma original ilegible, a la cual no puede atribuírsele autoría alguna; por lo que, en principio, carecería de valor probatorio. Sin embargo, luego de la lectura efectuada a la misma, tenemos que tratar sobre la reconsideración peticionada por la parte actora a la parte demandada, con respecto a la ejecución del contrato de seguros que se demandó, y que la misma se encuentra referida en la comunicación del 2 de diciembre de 2010, emanada de la parte demandada que fue producida en original marcada “J”, valorada ut supra. Amen (sic) de ello, fue producida por la parte demandada, formando parte del anexo “B”, en original. Por tanto, es valorada de conformidad con lo establecido en los artículos 429, 444, 510 del Código de Procedimiento Civil y 1367 del Código Civil. Así se establece...” (Mayúsculas del texto citado).

De la transcripción previa, esta Sala observa que el juez superior señaló que la parte actora presentó la referida carta de su autoría en copia fotostática con una firma ilegible, sin embargo, la misma fue producida en original por la accionada, formando parte del anexo “B” de su contestación, y que el contenido trata sobre la reconsideración de su obligación peticionada por la accionante a su contraparte, de manera que cumple con lo previsto en el artículo 1.371 del Código Civil.

Asimismo, se observa que la recurrida le otorgó valor probatorio de conformidad con lo establecido en los artículos 429 y 444 del Código de Procedimiento Civil y 1.367 del Código Civil, todos los cuales forman parte de las reglas establecidas en la ley respecto de los instrumentos privados y de los principios de la prueba por escrito, tal como lo ordena la norma del artículo 1.374 de la ley sustantiva civil.

Como resultado de lo anterior, esta Sala declara la improcedencia la presente denuncia por infracción del artículo 1.374 del Código Civil. Así se decide.

Ahora bien, en cuanto a la distribución de la carga de la prueba, los artículos 1.354 del Código Civil y 506 del código adjetivo, establecen que cada parte tiene la carga de probar sus respectivas afirmaciones de hecho.

De manera que, la obligación de las partes es dual (alegato y prueba), no pudiéndose quedar en el camino con la mera afirmación sin el respectivo soporte probatorio.

Es así que, conforme a las reglas de distribución de la carga probatoria analizadas, correspondía a la parte demandada probar sus alegatos referidos a que no existió la pérdida del vehículo, así como la supuesta falsedad en la declaración del siniestro y el señalado uso de medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar la reclamación de la cantidad asegurada. Así se decide.

.....

TEMA: INDICIOS Y SU APRECIACIÓN EN EL PAGO DEL SINIESTRO

Máxima: la recurrida cumplió con los principios jurídicos necesarios en la construcción de su apreciación, a saber: i) los hechos considerados como indicios están comprobados, pues cada uno emana de un medio probatorio analizado y valorado; ii) todas las comprobaciones constan en autos a través de las pruebas que los soportan y; iii) le atribuyó valor probatorio a más de un indicio.

Máxima: en la aritmética procesal, los indicios son quebrados: aislados, poco o nada valen; pero sumados, forman, y en ocasiones exceden, la unidad probatoria plena, pues la característica de los indicios es que ninguno por sí solo ofrece plena prueba; ellos deben apreciarse en conjunto; su eficacia probatoria debe contemplarse con la suma de todos los que den por probados los jueces y no con algunos aisladamente.

EXTRACTO:

Alega el recurrente en casación, que la alzada incurrió en el segundo supuesto de suposición falsa al dar por probado el monto de la pérdida reclamada sobre el vehículo objeto del contrato de seguro cuyo cumplimiento se pretende, en quinientos ochenta y cuatro mil cuatrocientos bolívares (Bs. 584.400,00), sin que exista en el expediente alguna experticia que así lo determine, lo que implica a su decir, que el juez no decidió de acuerdo con lo probado en autos.

Asimismo, aduce el formalizante que la recurrida deduce la pérdida total del vehículo con base en unas supuestas inspecciones realizadas con unos presuntos peritos representantes de la demandada, siendo que ello no

tiene ningún valor probatorio, porque la prueba de experticia debe ser evacuada dentro del proceso.

Para decidir, la Sala observa:

Respecto al vicio de suposición falsa, esta Sala en sentencia número 428, de fecha 15 de junio de 2012, ratificó lo asentado en el fallo de la misma Sala, número 892, del 19 de agosto de 2004, caso: Librería y Papelería Monoy, S.R.L., contra Alberto Velasco Godoy y Otros, donde se estableció lo siguiente:

“...La suposición falsa tiene que referirse forzosamente a un hecho positivo y concreto que el juez estableció falsa e inexactamente en su sentencia a causa de un error de percepción, ya sea porque atribuyó a instrumentos o actas del expediente menciones que no contiene o porque dio por demostrado un hecho con pruebas que no aparecen en autos o cuya inexactitud resulta de actas e instrumentos del expediente mismo (parte final del primer párrafo del artículo 320 del Código de Procedimiento Civil).

Por tanto, el vicio debe tratarse exclusivamente del establecimiento de un hecho, quedando excluidas las conclusiones a las que pueda llegar el juez con respecto a las consecuencias del hecho establecido, ya que en este caso se trataría de una inferencia de orden intelectual que, aunque sea errónea, no configura el vicio de suposición falsa...”.

De acuerdo con lo transcrito, el falso supuesto o suposición falsa, tiene como premisa el establecimiento por parte del juez, de un hecho positivo y concreto sin respaldo probatorio en el expediente, bien sea por atribuir a un acta o documento del expediente menciones que no contiene, o por haber dado por demostrado un hecho con pruebas que no aparecen de autos; o cuya inexactitud resulta de actas o instrumentos del expediente mismo. De tal manera pues, que la figura de suposición falsa tiene que referirse obligatoriamente a un hecho positivo y concreto, de lo contrario no estamos en presencia del falso supuesto o suposición falsa.

Por otra parte, específicamente sobre el segundo caso de falso supuesto, esta Sala indicó en sentencia número 376, de fecha 4 de agosto de 2011, caso: Vale Canjeable Tickeven, C.A., contra Todoticket 2.004 C.A., lo siguiente:

“...En relación al segundo caso de suposición falsa previsto en el artículo 320 del Código de Procedimiento Civil, esto es, dar por demostrado un hecho con pruebas que no aparecen en el expediente, esta Sala ha señalado que el mismo se verifica cuando el juez sustenta el establecimiento de un hecho en una prueba que materialmente no aparece incorporada en las actas del expediente, pues, no ha sido presentada o evacuada, por ende, puede ocurrir que por ejemplo, se le imputen declaraciones a un testigo que ha sido promovido pero que no fue evacuado su testimonio, o que se dé por demostrado un hecho con un documento o instrumento que una de las partes en el juicio señala que fue consignado o promovido, pero, que materialmente éste no se consignó o promovió.

Por tanto, se trata de un error de percepción del juez al analizar y valorar las pruebas, lo cual, no debe confundirse con la inmotivación en el establecimiento de un hecho, por ende, si el juez afirma un hecho sin acreditar el respaldo probatorio que lo soporta, se estará en presencia, eventualmente, de un defecto en la motivación de la sentencia, más no en el del vicio de suposición falsa, pues, para que éste se verifique se requiere, como ya se ha dicho, que el juez soporte el establecimiento del hecho en una prueba que especifica en cuanto su existencia y valor probatorio, pero, que de la revisión de las actas procesales se constata que la prueba referida por el juez no aparece en el expediente.

Al respecto, esta Sala en sentencia de fecha 22 de octubre de 1998, al referirse al segundo caso de suposición falsa, estableció lo siguiente:

“...Por otra parte, el segundo de los casos de suposición falsa con-

siste en que el Juez (sic) dio por demostrado un hecho con pruebas que no aparecen en autos. Se trata de un error de percepción con el cual el Sentenciador (sic) afirma ver una prueba que no existe. Si el Juez (sic) afirma en forma general que un hecho está probado, sin señalar un concreto elemento probatorio, tal fallo estará viciado por inmotivación, no por suposición falsa. Precizando el concepto, no se trata de dar por probado un hecho sin pruebas que resulten de autos, como afirma el recurrente, sino de dar por demostrado el hecho con pruebas que no aparecen en autos...”. (Resaltado de la Sala).

Es decir, que, conforme al criterio antes transcrito, el cual se reitera, si el juez establece que un hecho está probado sin señalar un concreto elemento probatorio, sino que sólo indica que “consta en autos”, sin más explicación, estaría cometiendo un vicio de inmotivación de la sentencia, pues, no existe ningún fundamento que avale su afirmación. Pero, para que se trate del segundo caso de suposición falsa, previsto en el artículo 320 del Código de Procedimiento Civil, se requiere que el establecimiento del hecho se haga derivar, expresamente, de una “prueba inexistente”. (Subrayado del texto transcrito, negrillas añadidas).

De acuerdo la sentencia reproducida, el segundo caso de falso supuesto consiste en dar por demostrado un hecho con pruebas que no aparecen en el expediente, y se verifica cuando el juez sustenta el establecimiento de un hecho en una prueba que materialmente no aparece incorporada en las actas del expediente.

A los fines de corroborar lo denunciado por el recurrente, la Sala pasa a transcribir la parte pertinente de la sentencia recurrida, que señala lo siguiente:

“Conforme los argumentos expuestos por las partes, corresponde a quien juzga, determinar si la sociedad mercantil ASEGURADORA NACIONAL UNIDA UNISEGUROS, S.A., está obligada a cumplir

con el contrato de seguros que celebró con la ciudadana BLANCA MERY CARRILLO DE NIÑO, mediante el pago de la indemnización de quinientos ochenta y cuatro mil cuatrocientos bolívares (Bs. 584.400,00), por la pérdida total del vehículo Marca: ENCAVA, Placa: AF3500, Año: 2006, Modelo: 610, Serial del Motor: 413557, Serial de Carrocería: 8XL6GC11D6E003177, Color: Azul y multicolor, Uso: Particular, amparado en el contrato de póliza N° 69494, celebrado entre las partes, con una vigencia comprendida entre el 21 de julio de 2010 al 21 de julio de 2011.

((Omisis))

Asimismo, toca establecer si el hecho que el vehículo en cuestión, haya sido recuperado, determina la inexistencia de la pérdida total.

((Omisis))

Por último, conforme lo alegado por la demandada, se tiene como un hecho aceptado y exento de prueba, la celebración del contrato de seguros N° 69494, el 22 de julio de 2010, entre la sociedad mercantil ASEGURADORA NACIONAL UNIDA UNISEGUROS, S.A., y la ciudadana BLANCA MERY CARRILLO DE NIÑO, la cual amparó al vehículo Marca: ENCAVA, Placa: AF3500, Año: 2006, Modelo: 610, Serial del Motor: 413557, Serial de Carrocería: 8XL6GC-11D6E003177, Color: Azul y multicolor, Uso: Particular, durante el período comprendido entre el 21 de julio de 2010 y el 21 de julio de 2011, con una cobertura amplia de quinientos ochenta y cuatro mil cuatrocientos bolívares (Bs. 584.400,00); y, que la misma fue suscrita por intermedio de la sociedad mercantil BANSEGURO 2000 CORRETAJE DE SEGUROS, C.A.

Establecido lo anterior y con la finalidad de emitir pronunciamiento al respecto, se pasa al análisis y valoración de las pruebas aportadas al proceso, teniendo en cuenta que la parte actora, conjuntamente con el libelo de demanda, produjo cuadro recibo de la póliza de vehículos terrestres, la cual prueba la celebración del contrato cuya ejecución se demandó, y siendo que la parte demandada

aceptó expresamente la celebración del mismo, se aprecia y valora de conformidad con lo establecido en los artículos 429 del Código de Procedimiento Civil y 1367 del Código Civil, en relación con los artículos 5 y 6 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley del Contrato de Seguro. Así se establece.

((Omisis))

11) Marcada “A”, copia certificada del folio 134, numeral 54 del libro de novedades diarias llevado por el Instituto Autónomo de Policía Municipal de la Alcaldía del Municipio Eulalia Buroz, Centro de Coordinación Policial, correspondiente al 25 de julio de 2010. De dicha promoción se constata que el 25 de julio de 2010, siendo aproximadamente las tres de la tarde (3:00 p.m.), se presentó en dicha coordinación, el ciudadano NIÑO RODRÍGUEZ ELISEO, titular de la cédula de identidad N° 4.212.556, informando que en el parcelamiento San Vicente, adyacente al arco de la finca Los Leones, Prado Largo, estaba un vehículo marca Ford 3500, Encava, color Azul, placas AF3500 y que el día lunes 26 de julio de 2010, procedería a trasladarlo con una grúa, ya que estaba parcialmente desvalijado. Prueba que se concatena con la transcripción de novedad, emanada de la Coordinación de Operaciones del Instituto Autónomo de Policía Municipal de la Alcaldía del Municipio Eulalia Buroz, producida por la parte demandada, en original, en la etapa probatoria, cursante al folio 80. Documentales que se valoran de conformidad con lo establecido en los artículos 111, 112, 429 del Código de Procedimiento Civil, 1357 y 1384 del Código Civil. Así se establece.

12) Marcadas “B” y “C”, comunicación emanada del Centro de Coordinación Policial del Instituto Autónomo de Policía Municipal de la Alcaldía del Municipio Eulalia Buroz (...). De dicha comunicación, se constata que el ciudadano Tsu. TOVAR ANDRES, en su carácter de Oficial Agregado, Coordinador de Operaciones de dicho instituto (...), informó que para el 16 de agosto de 2010, se presentó ante dicha institución policial un representante de la compañía de

seguros UNISEGUROS, solicitando por escrito el lugar donde fue localizado el vehículo (...). Documental que es valorada por este jurisdicente de conformidad con lo establecido en el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil y 1357 del Código Civil, como documento público administrativo. Así se establece.

((Omisis))

15) Marcada “F”, comunicación del 23 de enero de 2012, emanada de la Policía Municipal de la Alcaldía del Municipio Eulalia Buroz (...). De dicha comunicación se constata que el Oficial jefe JUAN GALINDO, Director de la Oficina de Respuestas a las Desviaciones Policiales del Instituto Autónomo de la Policía Municipal de la Alcaldía de Eulalia Buroz (...), indicó que el oficial agregado LUIS DUARTE, manifestó que en días posteriores a la denuncia, presuntamente se habían presentado al lugar de los hechos, una comisión del Cuerpo de Investigaciones Científicas, penales y Criminalísticas (CICPC), con peritos representantes del seguro y comisión de dicha institución, los cuales realizaron las inspecciones correspondientes al siniestro, declarándolo en el lugar pérdida total y que no podía ser retirado en grúa el vehículo, por las condiciones montañosas e intransitable del lugar. Documentales que son apreciadas y valoradas por este jurisdicente de conformidad con lo establecido en los artículos 429 del Código de Procedimiento Civil y 1357 del Código Civil, por ser documentos públicos administrativos. Así se establece.

((Omisis))

Del elenco probatorio aportado por las partes, así como de los argumentos expuestos por éstas en la demanda y su contestación, quedó comprobada la existencia de la relación contractual existente entre la ciudadana BLANCA MERY CARRILLO DE NIÑO y la sociedad mercantil ASEGURADORA NACIONAL UNIDA, UNISEGUROS, S.A., mediante la suscripción del contrato de seguros N° 69494, emitida el 22 de julio de 2010, con una vigencia durante el período comprendido entre el 21 de julio de 2010 y el 21 de julio de

2011, la cual amparó al vehículo Marca: ENCAVA, Placa: AF3500, Año: 2006, Modelo: 610, Serial del Motor: 413557, Serial de Carrocería: 8XL6GC11D6E003177, Color: Azul y multicolor, Uso: Particular, durante el período comprendido entre el 21 de julio de 2010 y el 21 de julio de 2011, con una cobertura amplia de quinientos ochenta y cuatro mil cuatrocientos bolívares (Bs. 584.400,00); y, que la misma fue suscrita por intermedio de la sociedad mercantil BANSEGURO 2000 CORRETAJE DE SEGUROS, C.A. Así se establece.

((Omisis))

De igual forma quedó comprobado en autos que el 25 de julio de 2010, en horas de la tarde, el vehículo en cuestión, fue encontrado por funcionarios de la Policía Municipal de la Alcaldía del Municipio Eulalia Buroz, en el parcelamiento San Vicente, específicamente en la entrada de la finca Los Leones del Sector Prado Largo, y que ello fue notificado a la propietaria del vehículo, quien se apersonó al lugar en compañía de su esposo, el ciudadano ELISEO NIÑO RODRÍGUEZ; quien interpuso la denuncia ante dicho cuerpo de policía y manifestó que el vehículo en cuestión, estaba parcialmente desvalijado. Así se establece.

Por declaraciones dadas por el órgano policial en cuestión, se tiene conocimiento que, en días posteriores, se hicieron presentes una comisión del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas, conjuntamente con peritos de la empresa de seguros, quienes declararon la pérdida total del vehículo y de la imposibilidad de su traslado, dado que el mismo se encontraba parcialmente volcado en una zona boscosa, que impedía el acceso para una grúa. Así se establece.

((Omisis))

En el caso bajo estudio, tenemos que la parte actora logró de mostrar como anteriormente se expresó, la ocurrencia del siniestro y que éste ocurrió dentro del período de vigencia de la póliza (...). Sin embargo, el hecho que el vehículo fuese encontrado el día 25

de julio de 2010, no indica, ni siquiera presuntivamente, que el hecho del robo, no haya ocurrido; al contrario, ello solo reafirma que el mismo fue objeto de un hecho ilícito, que se encontraba amparado en la póliza de seguro.

((Omis))

En tal sentido, estando demostrada la ocurrencia del siniestro el día 24 de julio de 2010, mediante el cual, sujetos armados y bajo amenaza de muerte, secuestraron al ciudadano JOSÉ RAFAEL ROJAS, y lo trasladaron conjuntamente con el vehículo Marca: ENCAVA, Placa: AF3500, Año: 2006, Modelo: 610, Serial del Motor: 413557, Serial de Carrocería: 8XL6GC11D6E003177, Color: Azul y multicolor, Uso: Particular, a una zona desconocida, donde lo liberaron, llevándose el vehículo en cuestión y amenazando al referido ciudadano de muerte si procedía a denunciar el hecho, quedó demostrado el hecho futuro e incierto que dio origen a la obligación de la empresa ASEGURADORA NACIONAL UNIDA UNISEGUROS, S.A., de pagar la indemnización que por cobertura amplia, amparó en la póliza de seguros N° 69.494, que contrató con la ciudadana BLANCA MERY CARRILLO DE NIÑO. Amén de ello, tenemos que quedó comprobado que dicho vehículo fue hallado parcialmente desvalijado por las autoridades policiales el día 25 de julio de 2010, en el parcelamiento San Vicente, frente a la entrada de la finca Los Leones, Sector Prado Largo, Municipio Eulalia Buroz del estado Miranda, lo que fue notificado a la parte actora. Asimismo, quedó demostrado en autos que la parte actora se apersonó al lugar en cuestión y que procedió a interponer la denuncia correspondiente, el 25 de julio de 2010, por ante la Policía Municipal de la Alcaldía del Municipio Eulalia Buroz, en la población de Mamporal; y, el 26 de julio de 2010, por ante la Sub-Delegación de Ocumare del Tuy del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas. Y, que, en días posteriores, se presentaron funcionarios del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas, conjuntamente con personal de la empresa de seguros, realizaron las experticias y declararon, en el lugar, pérdida total, puesto que el vehículo se encontraba

semi-volcado, en un área boscosa que impedía su recuperación y traslado en grúa. Así se establece.

En razón de lo anterior, habiendo ocurrido en hecho cuyo riesgo asumió la sociedad mercantil ASEGURADORA NACIONAL UNIDA UNISEGUROS, S.A., en la póliza N° 69.494; no encuadrando el mismo en cualquiera de las causales de exclusión contractuales, como legales, debe ésta indemnizar a la parte actora; lo que hace procedente la pretensión de ejecución, mediante el pago de la indemnización, petitionada por la parte actora; esto es, la cantidad de quinientos ochenta y cuatro mil cuatrocientos bolívares (Bs. 584.400,00). Así formalmente se decide” (Mayúsculas del fallo transcrito. Subrayado y negrillas añadidas).

Esta Sala evidencia que el juez de alzada, para establecer el monto de quinientos ochenta y cuatro mil cuatrocientos bolívares (Bs. 584.400,00) que condena a pagar a la parte demandada, se basó en diferentes indicios que cursan en las actas del expediente. Así, esta máxima jurisdicción civil observa que el valor sentenciado equivale a la pérdida total del vehículo objeto del contrato de seguro cuyo cumplimiento se pretende, pues esa es el suma que cubre la póliza de seguro suscrita por las partes del presente juicio.

En particular, a la alzada le sirvió de fundamento para decretar dicha estimación en bolívares, equivalentes a la pérdida total del bien protegido, lo siguiente:

La celebración del contrato de seguros N° 69494, en fecha 22 de julio de 2010, entre las partes litigantes, la cual cubrió al vehículo allí descrito, durante el período comprendido entre el 21 de julio de 2010 y el 21 de julio de 2011, con una cobertura amplia de quinientos ochenta y cuatro mil cuatrocientos bolívares (Bs. 584.400,00).

Que el vehículo automotor objeto del contrato fue víctima de un hecho punible, y asimismo fue hallado parcialmente desvalijado por las autoridades.

des policiales el día 25 de julio de 2010, en el parcelamiento San Vicente, frente a la entrada de la finca Los Leones, Sector Prado Largo, Municipio Eulalia Buroz del estado Miranda.

Que en la misma fecha que el automóvil fue encontrado por la policía, se presentó por ante la Sub-Delegación Ocumare del Tuy del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas, el ciudadano Niño Rodríguez Eliseo, para interponer la denuncia, quien a su vez informó que en el parcelamiento San Vicente, adyacente al arco de la finca Los Leones, Prado Largo, estaba el vehículo de marras, y que el día lunes 26 de julio de 2010, procedería a trasladarlo con una grúa, ya que estaba parcialmente desvalijado.

Y que, en días posteriores, se presentaron funcionarios del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas, conjuntamente con personal de la empresa de seguros, quienes declararon, en el lugar que se halló el autobús, la pérdida total del mismo, puesto que se encontraba semi-volcado, en un área boscosa que impedía su recuperación y traslado en grúa por las condiciones montañosas e intransitables del lugar.

En efecto, el ad quem sustentó el establecimiento del monto a condenar, en los indicios que le arrojaron diversas pruebas cursantes a los autos, por tanto, no incurrió en el delatado segundo caso de suposición falsa. Así se decide.

Ahora bien, en relación a la prueba de indicio, la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, en decisión número 32, del 29 de enero de 2003, señaló lo siguiente:

“ la regla tradicional en cuanto a la valoración de la prueba de indicios es que los jueces son soberanos en la apreciación de esta prueba, puesto que la ley ha dejado a la prudencia del juzgador ponderar la gravedad, precisión y concordancia de los indicios que resulten de los autos, sin que pueda Casación (sic) censurar las razones de hecho en que se funden los jueces de instancia para

estimar o rechazar los indicios, salvo infracción de regla legal expresa de valoración (...) en la formación de la prueba circunstancial -como también se le llama a la de indicios- el juzgador debe guiarse por ciertos principios jurídicos, para que su apreciación no sea censurable en Casación por contraria a derecho o violatoria de ley expresa. Estos principios son tres: a) que el hecho considerado como indicio esté comprobado; b) que esa comprobación conste de autos; y, c) que no debe atribuirse valor probatorio a un solo indicio (CFC. Memoria 1946. Tomo II. Pág. 285). En un fallo relativamente reciente, Casación ha expresado lo siguiente: (...en la aritmética procesal, los indicios son quebrados: aislados, poco o nada valen; pero sumados, forman, y en ocasiones exceden, la unidad probatoria plena, pues la característica de los indicios es que ninguno por sí solo ofrece plena prueba; ellos deben apreciarse en conjunto; su eficacia probatoria debe contemplarse con la suma de todos los que den por probados los jueces y no con algunos aisladamente" (CFC. Memoria 1945. Tomo II. Pág. 107) (Ver sentencia de la Sala de Casación Civil, del 5 de febrero de 2002, Exp. número 99-973)". (Negrillas y subrayado de la sentencia citada).

En atención al fallo supra citado, esta Sala de Casación Civil determina que la recurrida cumplió con los principios jurídicos necesarios en la construcción de su apreciación, a saber: a) los hechos considerados como indicios están comprobados, pues cada uno emana de un medio probatorio analizado y valorado; b) Todas las comprobaciones constan en autos a través de las pruebas que los soportan; y, c) le atribuyó valor probatorio a más de un indicio.

Con base en los razonamientos que anteceden, y evidenciado que no incurrió la recurrida en el falso supuesto del que se le acusa, se declara improcedente la denuncia de falta de aplicación de los artículos 12, 452, 454, 458, 460, 463, 467, 468 del Código de Procedimiento Civil. Así se establece.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.000586.

FECHA: 03 de noviembre de 2021.

PARTES: Fernando Ricardo Moreno Cadenas contra Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A.

.....
**TEMA: INDEXACIÓN POR EL PAGO TARDÍO DEL
SINIESTRO EN LOS SEGUROS DE VIDA**

Máxima: la aseguradora MULTINACIONAL DE SEGUROS C.A., al incurrir en retardo en el pago de la indemnización, generó en el asegurado el derecho a la corrección monetaria de la misma, por lo que se cumplió con el supuesto de hecho previsto en su contenido.

Máxima: Si bien es cierto que no procede la indexación sobre los intereses moratorios por ser éstos de naturaleza resarcitoria, ni reajustado al valor del dólar, por ser un mecanismo de ajuste excluyente a la indexación, sí debía aplicarla sobre las cantidades adeudadas en bolívares para restablecer el equilibrio económico afectado por la falta de pago oportuno de las mismas.

EXTRACTO:

En el presente caso, aduce la parte actora que su causante suscribió póliza de seguro de vida con la demandada, sociedad mercantil Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., cuyo beneficiario era el demandante. Que debido a la muerte del tomador del seguro nació la obligación de la aseguradora de pagar la cantidad convenida como indemnización, vale decir, veinte mil dólares americanos (USD 20.000,00) o su equivalente en moneda

nacional, calculados al tipo de cambio promedio ponderado del Sistema Cambiario Alternativo de Divisas (SICAD II), conforme lo dispuesto en los Convenios Cambiarios 27 y 28, a la fecha en se realice el pago. Que el 30 de junio de 2015 envió una comunicación a la demandada, en la que ratificaba las realizadas en fechas 5 de mayo y 20 de mayo de 2015, donde requiere el fundamento legal en que sustenta la negativa del pago de la indemnización, en los términos acordados en el contrato de seguro, de la cual no ha recibido respuesta.

De igual forma, aduce que la empresa aseguradora demandada pretende liberarse de su obligación a través del pago de doscientos setenta mil bolívares (Bs. 270.000,00), que de forma unilateral depositó en la cuenta corriente del banco Provincial Nro. 01080035890100228077, con comprobante de depósito Nro. 0004033263, de fecha 22 de diciembre de 2015; la cual -alega- no ha sido aceptada, pues dicha suma no corresponde a la asegurada, es decir, veinte mil dólares americanos (USD 20.000,00) o su equivalente en moneda nacional, calculados al tipo de cambio promedio ponderado del Sistema Cambiario Alternativo de Divisas (SICAD II), conforme lo dispuesto en los Convenios Cambiarios 27 y 28, de conformidad con lo establecido en sentencia Nro. 469, de fecha 28 de julio de 2014, caso: Evelin Sampedro De Lozada contra Multinacional de Seguros, C.A., en el que intervinieron como terceros Víctor Augusto Lozada Sampedro y otros; así como su aclaratoria, emitida el 11 de agosto de 2014.

En virtud de lo anterior, solicita: 1. el pago de veinte mil dólares americanos (USD 20.000,00) o su equivalente en moneda nacional, calculados al tipo de cambio promedio ponderado del Sistema Cambiario Alternativo de Divisas (SICAD II), conforme lo dispuesto en los Convenios Cambiarios 27 y 28; 2. La cantidad de cuatrocientos ocho mil seiscientos sesenta y ocho bolívares con cuarenta y cinco céntimos (Bs. 408.668,45), por concepto de intereses, calculados a la rata legal del uno por ciento (1%) mensual, computados desde el 12 de mayo de 2015 hasta el 8 de mayo de 2016; 3. Los intereses que se sigan generando, calculados a la rata del uno por ciento (1%) mensual, a partir del día 9 de marzo de 2016, hasta la

fecha definitiva del pago del mismo; 4. Así como la corrección monetaria por la pérdida del valor adquisitivo de la moneda, a partir del 12 de mayo de 2015, a la fecha en que se haga efectivo el pago de la indemnización reclamada.

Por su parte, los apoderados judiciales de la demandada, en la oportunidad de dar contestación a la demanda, rechazó, negó y contradijo en todas sus partes, tanto en los hechos por no ajustarse a la realidad, como en el derecho, por no serle aplicable. Que admiten que su mandante suscribió un contrato de seguros, denominado Póliza de Vida Individual con el ciudadano Iván Moreno Cadenas (...), en el que se indicó como único beneficiario al actor, ciudadano Fernando Ricardo Moreno Cadenas y que el mismo tiene como cobertura la cantidad de veinte mil dólares americanos (USD 20.000,00).

Aduce que luego de verificada el siniestro cubierto por la referida póliza y los demás requisitos, en fecha 22 de diciembre de 2015 procedió a realizar el pago de la suma establecida en dicha póliza, es decir, veinte mil dólares americanos (USD 20.000,00), calculados a la tasa vigente de trece bolívars con cincuenta céntimos (Bs. 13,50) por dólar, lo que arroja la cantidad de doscientos setenta mil bolívares (Bs. 270.000,00), por lo tanto, quedo extinguida la obligación.

Rechaza que deba indemnizar a la actora la cantidad de veinte mil dólares americanos (USD 20.000,00), calculados al tipo de cambio promedio ponderado del Sistema Cambiario Alternativo de Divisas (SICAD II), conforme lo dispuesto en los Convenios Cambiarios 27 y 28, dado que la obligación debía ser cumplida de acuerdo a lo establecido en el Convenio Cambiario Nro. 25.

Que, en virtud de lo anterior, mal pudiera la parte actora demandar un pago distinto al ya recibido, fundamentándose en decisiones emanadas de la Sala de Casación Civil, las cuales no son de carácter vinculantes, por lo que pide sea declarada sin lugar la presente acción.



Bajo tales parámetros, y considerando que las partes están contestes en que ambas suscribieron contrato de seguros, no cabe la menor duda que existe un Contrato de Seguro, su correspondiente póliza recibo y su cobertura, así como las condiciones particulares, por cobertura amplia; por lo que la reclamación, defensas e indemnizaciones que pudieran resultar se regirán por lo normado en dicho contrato (condiciones generales y particulares), así como en las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro.

Así las cosas, al folio 13 y vto. del expediente se evidencia el referido Contrato de Seguro, denominado Póliza de Vida Individual, Nro. 11-16-2202585, de fecha 22 de enero de 2015, evidenciándose del mismo que el ciudadano Iván Moreno Cadenas (...) figura como tomador y asegurado, y que la suma asegurada es por la cantidad de veinte mil dólares americanos (USD. 20.000,00), cuyo beneficiario es el actor, ciudadano Fernando Moreno Cadenas, la cual tenía una duración de un (1) año y que el pago se realizaría por el fallecimiento del asegurado estando en vigencia el mismo, vale decir, a partir del 26 de enero de 2015. De igual forma, se observa a los folios 14 y 15 del expediente Acta de Defunción Nro. 29, de fecha 13 de marzo de 2015, emanada de la Oficina del Registro Civil del Municipio Baruta del estado Miranda, de la cual se desprende que el ciudadano Iván Moreno Cadenas murió el 11 de marzo de 2015; en virtud de lo cual, a partir de dicha fecha (11/03/2015) nació el derecho del actor para solicitar el cumplimiento de la obligación de pago de la referida póliza de seguro. Situación que fue rechazada por la demandada, señalando que en fecha 22 de diciembre de 2015, procedió al pago de los veinte mil dólares americanos (USD. 20.000,00), calculados en moneda nacional, a la tasa de trece bolívares con cincuenta céntimos (Bs. 13,50) por dólar, de acuerdo a lo dispuesto en el Convenio Nro. 25, arrojando un total de doscientos setenta mil bolívares (Bs. 270.000,00); que por lo tanto tal obligación fue extinguida.

Ahora bien, sobre la tasa de cambio que se debe considerar en casos como

el de marras, esta Sala en sentencia Nro. 469, de fecha 28 de julio de 2014, caso: Evelin Sampedro de Lozada contra Multinacional de Seguros, C.A., en el que intervinieron como terceros Víctor Augusto Lozada Sampedro y otros, estableció lo que sigue:

“Alega el formalizante la falta de aplicación de los artículos 1.271, 1.273, 1.277 y 1.737 del Código Civil y del artículo 58 del Decreto con Fuerza de Ley de Contrato de Seguro, los cuales expresan textualmente lo siguiente:

Omissis

De las normas precedentemente transcritas, se evidencia que las mismas parten del supuesto de hecho referido al incumplimiento o retardo en el cumplimiento de la obligación contraída por el deudor, cuya consecuencia jurídica, ocasiona que en cabeza del deudor nazca la obligación de pago tanto de la obligación contraída, como de los daños y perjuicios que se deriven de dicho incumplimiento o retardo.

Por su parte, el artículo 58 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro dispone:

Omissis

Sobre el artículo 58 el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, la Sala en sentencia N° 765, de fecha: 10 de diciembre de 2013, caso: ARPITEX, C.A., e inversiones SEYCHELLES, C.A., contra la sociedad mercantil ZURICH SEGUROS, S.A., expresó lo siguiente:

Omissis

Ahora bien, realizadas las anteriores consideraciones, la Sala a los fines de resolver la presente denuncia considera necesario transcribir parcialmente la sentencia recurrida, al respecto se observa lo siguiente:

Omissis

De la transcripción de la sentencia recurrida se evidencian los siguientes hechos: 1) Que la demandada reconoció que existía una deuda; 2) Que el asegurador aceptó la documentación presentada por el asegurado y la consideró suficiente para demostrar la pérdida, ya que omitió exigir los documentos señalados y hoy esgrimidos por el asegurador como una falta del asegurado para sustentar su falta de obligación de pagar el siniestro; 3) Que el pago directo a las instituciones hospitalarias por parte del asegurador es procedente y la defensa opuesta -de reembolso de los gastos pagados por el asegurado- es, a todo evento, una carga no razonable que hace a tal defensa improcedente; en virtud de estos hechos el ad quem concluyó que: A). -El seguro ciertamente es una deuda de valor, pero si la empresa de seguros no cancela dentro del lapso establecido en la ley el monto de la indemnización, deberá cancelar intereses moratorios, ya que tal deuda de valor al no ser saldada se transforma en una deuda dineraria líquida y exigible, conforme a lo establecido en el artículo 108 del Código de Comercio, y B).- Condenó a la empresa demandada a cancelar los intereses moratorios generados por la deuda en moneda extranjera; por lo que ordenó una experticia complementaria del fallo.

De acuerdo con lo antes expuesto, se evidenció que el ad quem no tenía por qué, aplicar los artículos 1.271, 1.273, 1.277 y 1.737 del Código Civil, por cuanto el juez evidenció que efectivamente el asegurador no había cancelado su deuda, sin embargo, lo demandado no fueron los daños y perjuicios ocasionados, sino el cobro de bolívares de la cantidad adeudada y los intereses por concepto de mora derivados del incumplimiento de la obligación.

Al respecto, resulta pertinente precisar que estas normas se refieren a daños y perjuicios, los cuales son “generalmente, los daños y perjuicios que se deben al acreedor, y son la pérdida que haya sufrido y la utilidad de que se la (sic) haya privado, esto es, lo que en doctrina se llama daño emergente y lucro cesante, respectivamente. Por otra parte, la doctrina y jurisprudencia exige que los daños y perjuicios se haya (sic) causado efectivamente, es decir, que sean

ciertos y determinados o determinables, no bastando con una simple eventualidad sin base o fundamento en la realidad de las cosas, por lo cual es deber de los jueces examinar cada caso en particular para ver si ha habido daños propiamente dicha (sic) (emergente) o la utilidad o ganancia de que se le haya privado; deben ser siempre perjuicios ciertos y no hipotéticos, conjeturales o eventuales y, además, estar probados “[Obra Código Civil Venezolano, comentarios, Perera Planas, Nerio. Caracas, 1984. Pág 716].

En consecuencia y de acuerdo con los razonamientos precedentemente expuestos, al no verificarse los supuestos de hecho previstos en los artículos 1.271, 1.273, 1.277 y 1.737 del Código Civil, era evidente que el ad quem no podía haber aplicado las consecuencias jurídicas ahí previstas, por lo que se declara la improcedencia de la denuncia de los citados artículos.

Ahora bien, en relación con el artículo 58 del Decreto con fuerza de Ley del Contrato de Seguros, en el caso de autos se evidenció que la aseguradora MULTINACIONAL DE SEGUROS C.A., al incurrir en retardo en el pago de la indemnización, generó en el asegurado el derecho a la corrección monetaria de la misma, por lo que se cumplió con el supuesto de hecho previsto en su contenido.

En consecuencia, al negar el juez de alzada la indexación solicitada de las cantidades adeudadas en bolívares, incurrió en la infracción del artículo 58 eiusdem, por falta de aplicación, ya que si bien es cierto que no procede la indexación sobre los intereses moratorios por ser éstos de naturaleza resarcitoria, ni sobre las cantidades cuyo valor se solicitó fuese reajustado al valor del dólar, por ser un mecanismo de ajuste excluyente a la indexación, sí debía aplicarla sobre las cantidades adeudadas en bolívares para restablecer el equilibrio económico afectado por la falta de pago oportuno de las mismas.

Por tanto, de acuerdo a lo antes expuesto se declara la procedencia de la

denuncia de infracción del artículo 58 del Decreto Con fuerza de Ley del Contrato de Seguros, por falta de aplicación. Y así se decide.

CASACIÓN SIN REENVÍO

En el caso de autos, la única denuncia por infracción de ley contenida en el escrito de formalización del recurso de casación presentado por la parte demandante, la cual ha sido declarada procedente, conlleva a que se case en este fallo la sentencia recurrida y como esta Sala encuentra que en el caso está dado el segundo supuesto del artículo 322 del Código de Procedimiento Civil, porque los hechos establecidos permiten aplicar la apropiada regla de derecho, estima conveniente casar el fallo sin reenvió. En este sentido, al quedar establecida la obligación de pago por parte de la aseguradora MULTINACIONAL DE SEGUROS C.A., así como el retardo en el cumplimiento del mismo, lo cual genera un desequilibrio patrimonial en desmedro del asegurado o beneficiario de la póliza, resulta procedente el pago de la indexación de las cantidades adeudadas en bolívares, que no fueron sometidas al reajuste del valor de la moneda al valor del dólar, de conformidad con el artículo 58 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro. Así se decide.

.....

2022



TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00316.

FECHA: 28 de julio de 2022.

PARTES: Aseguradora Nacional Unida Uniseguros, S.A., contra el Ministerio del Poder Popular para el Comercio.

.....
TEMA: NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE PROPIETARIO

Máxima: en el caso de que el objeto asegurado cambie de propietario, tanto los derechos y las obligaciones derivadas del Contrato de Seguros pasan al nuevo adquirente, no obstante, tal situación debe ser informada a través de escrito dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a partir de la fecha en que la transferencia se haya realizado.

EXTRACTO:

Bajo la óptica de lo anterior, resulta pertinente aludir al contenido del artículo 67 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro (Gaceta Oficial Nro. 5.553 Extraordinario del 12 de noviembre de 2001), el cual dispone que:

“Artículo 67. Si el objeto asegurado cambia de propietario los derechos y las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro pasan al adquirente, pero tal situación deberá ser notificada a la empresa de seguros dentro de los quince (15) días hábiles siguientes. Se exceptúa el supuesto de las pólizas nominativas para riesgos no obligatorios, si en las condiciones generales existe pacto en contrario.

Tanto el anterior propietario como el adquirente quedan solidariamente obligados con la empresa de seguros al pago de las primas vencidas hasta el momento de la transferencia de la propiedad.

El cambio de propietario deberá ser notificado por escrito a la em-

presa de seguros, en el plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha en que la transferencia haya operado. La empresa de seguros tendrá derecho a resolver unilateralmente el contrato dentro de los quince (15) días siguientes al momento en que hubiese tenido conocimiento del cambio de propietario, y su obligación cesará treinta (30) días después de la notificación por escrito al adquirente y del reembolso a éste de la parte de la prima correspondiente al plazo del seguro que falte por vencer.

Si la correspondiente póliza hubiese sido emitida a la orden o al portador, no podrá resolverse unilateralmente el contrato.

Las disposiciones de este artículo serán aplicables también en caso de muerte, cesación de pagos y quiebra del tomador”. (Negrillas de esta Sala).

De la norma citada, se desprende que en el caso de que el objeto asegurado cambie de propietario, tanto los derechos y las obligaciones derivadas del Contrato de Seguros pasan al nuevo adquirente, no obstante, tal situación debe ser informada a través de escrito dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a partir de la fecha en que la transferencia se haya realizado.

Ello así, de la revisión exhaustiva de las actas procesales y del expediente administrativo, no verifica este Alto Juzgado que los ciudadanos Willy Ernesto García Gudiño y Edgar Gilberto Suarez Montenegro (solidariamente obligado para con la Aseguradora Nacional Unida, Uniseguros, S.A.), hubieran informado a través de comunicación escrita la transferencia o traspaso del objeto asegurado, es decir, el vehículo marca Chevrolet, modelo Aveo, color plata, tipo sedan, placa GCE50Z, año 2005, de uso particular, cuyo serial de carrocería se encuentra signado con las siglas 8Z1TJ52635V311169.

Lo anterior encuentra apoyo, en diversos documentos (anteriormente señalados) que rielan insertos en el expediente administrativo, de los cuales se desprende que, al momento de la declaración del siniestro en cuestión,

el titular de la póliza era el ciudadano Edgar Gilberto Suárez Montenegro, y que según la data perteneciente a la empresa demandante el vehículo asegurado era de su propiedad.

En virtud de los hechos antes expuesto, esta Sala considera que en el caso bajo análisis la conducta de la Aseguradora Nacional Unida Uniseguros, S.A., estuvo enmarcada dentro de las normas que regulan su actividad, por lo tanto, a juicio de esta Máxima Instancia se configuró el vicio de falso supuesto de hecho. Así se declara.

Analizados los alegatos esgrimidos por la parte demandante, debe la Sala declarar con lugar la demanda de nulidad con solicitud de medida cautelar de suspensión de efectos interpuesta por la sociedad mercantil Aseguradora Nacional Unida Uniseguros, S.A., y en virtud de ello la nulidad de la Providencia Administrativa S/N de fecha 22 de junio de 2009 emanada del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios. Así se decide.

• • • • •

2023



TRIBUNAL: Sala de Casación Civil .

SENTENCIA: 000046.

FECHA: 01 de marzo de 2023.

PARTES: Dilmaris Teresa Tineo Rojas contra Mapfre La Seguridad, c.a. de Seguros.

.....
TEMA: CARTA DE RECHAZO EXTEMPORÁNEA

Máxima: el documento denominado como carta de rechazo, si bien es un documento escrito emanado de la empresa aseguradora, por sí misma no colmó con las características que exige la ley para considerarse como la notificación del rechazo de la indemnización del siniestro, al haber sido extemporánea (remitida pasados con creces los 30 días establecidos en la norma), escueta en su fundamentación y sin que mediara la demostración de los hechos aducidos por la aseguradora.

EXTRACTO:

De acuerdo la sentencia reproducida, el segundo caso de falso supuesto consiste en dar por demostrado un hecho con pruebas que no aparecen en el expediente, y se verifica cuando el juez sustenta el establecimiento de un hecho en una prueba que materialmente no aparece incorporada en las actas del expediente.

Llama poderosamente la atención a esta Sala que en la única denuncia por defecto de actividad que plantea el hoy formalizante, denuncia el vicio de incongruencia negativa por no pronunciarse sobre la cláusula 19 del Condicionado General Uniforme para las Pólizas de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres, así como el artículo 57 de las Normas que rigen la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora, y en esta denuncia por infracción de ley, las denuncias por suposición falsa y falta de aplicación,

por lo cual se denota la falta de técnica del apoderado judicial a la hora de redactar el presente escrito de formalización, sin embargo a los fines de corroborar lo denunciado por el hoy recurrente, la Sala pasa a transcribir la parte pertinente de la sentencia recurrida, que señala lo siguiente:

“Por su parte, la representación judicial de la empresa de seguros MAPFRE LA SEGURIDAD, C. A, en la fundamentación de su apelación ante esta alzada expresó que, el juzgador a quo, no solo omitió la correcta transcripción de la cláusula 19 del Condicionado General Uniforme para las Pólizas de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres; sino que también, durante su valoración sobre la procedencia de la caducidad alegada por su mandante, omitió cualquier referencia sobre el artículo 57 de las Normas que Regulan la Relación Contractual de la Actividad Aseguradora publicada en Gaceta Oficial N° 40.856, cuyas disposiciones además, fueron advertidas en el escrito de contestación y que se refieren también a la caducidad de la acción. Asimismo, indicó dicha representación que, la norma que rige la actividad aseguradora es clara respecto al plazo para que el asegurado pierda el derecho a ejercer cualquier acción judicial que se derive del contrato de seguros, es de un (1) año contado a partir de la notificación por escrito del rechazo del siniestro, y nada refiere respecto a supuestos rechazos parciales o rechazos definitivos, a los que hace referencia el a quo, en la sentencia recurrida.

Arguyó adicionalmente la accionada en su informe de apelación que, en estricto apego a la cláusula 19 del Condicionado General Uniforme para las Pólizas de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres, aprobado en Providencia Administrativa N° FSAA-9-00094 de fecha 12 de enero de 2017, y publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.136 de fecha 24 de abril de 2017, así como el artículo 57 de las Normas que Regulan la Relación Contractual de la Actividad Aseguradora publicadas en Gaceta Oficial N° 40.856; señalan que, desde la fecha del rechazo por escrito del siniestro N° 7053001900092, hasta la fecha en que

se interpuso la acción pretendida en el presente juicio; transcurrieron trece (13) meses, y doce (12) días, que dicho computo, excluye ciento noventa y siete (197) días de inactividad judicial, como consecuencia de la pandemia Covid-19 y de las diversas resoluciones dictadas por el Tribunal Supremo de Justicia, donde se ordenó la suspensión de los lapsos procesales y que el rechazo escrito a que se refieren los mismos preceptos normativos arriba aludidos, se materializó a través de la Carta de Rechazo en donde la empresa de seguros fundamentó su decisión de no pagar la indemnización reclamada, advirtiendo que la norma no prevé que este instrumento pueda ser parcial o definitivo, o este condicionado a los procedimientos administrativos por ante el ente rector en materia aseguradora, por lo que solicitan expresamente se declare la caducidad de la acción propuesta y la nulidad de la sentencia definitiva dictada en fecha 24 de Noviembre de 2021, por el Juzgado Duodécimo de Primera Instancia en lo Civil, Mercantil, del Tránsito y Bancario de la Circunscripción Judicial del Área Metropolitana de Caracas.

Del mismo modo, adujo la recurrente que, aunque la carta de rechazo sea extemporánea, la misma no deja de tener validez con respecto a la relación entre el asegurado y la empresa de seguros, sino, la superintendencia de la actividad aseguradora podrá establecer un procedimiento administrativo que puede derivar en responsabilidad administrativa por parte de la empresa de seguros, pero que ello de ninguna manera invalida la carta de rechazo emitida por la empresa de seguros, por cuanto la misma posee exactamente el mismo valor que tiene, incluso en caso de sanciones por retardo. Delatando finalmente la apelante que, el tribunal a quo, se abstuvo de pronunciarse respecto a la caducidad legal, fundamentada en el artículo 57 de las Normas que Regulan la Relación Contractual de la Actividad Aseguradora.

Considerados los alegatos expuestos por las partes y el contenido de la sentencia recurrida, en lo que atañe a la caducidad opuesta, ésta alzada estima pertinente hacer referencia al texto de los preceptos contractuales y normativos exhortados por la apelante, a saber:

CONDICIONADO GENERAL DE LOS CONTRATOS O PÓLIZAS DE SEGUROS DE CASCO DE VEHÍCULOS PARA EL TRANSPORTE TERRESTRE.

CLAUSULA 19.

CADUCIDAD

El tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste a someterse al Arbitraje previsto en la Cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año contado a partir de la fecha de notificación, por escrito:

- 1.- Del rechazo, total o parcial, del siniestro.
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario respecto a la indemnización o el cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez sea consignado el libelo de demanda.

NORMAS QUE REGULAN LA RELACIÓN CONTRACTUAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.

Artículo 57. El tomador, el asegurado o el beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, o convenir con esta a someterse al arbitraje, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año, contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro.
2. De la decisión de la empresa de seguros o la asociación cooperativa que realiza actividad aseguradora, sobre la inconformidad del tomador, del asegurado o del beneficiario respecto a la indemniza-

ción o al incumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

Tal y como se aprecia de lo antepuesto, en el presente asunto la parte demandada apelante opuso la caducidad legal y contractual de la presente demanda; no obstante, aunque denunció la omisión de pronunciamiento del tribunal de instancia sobre la caducidad legal -como uno de las ultimas consideraciones en su escrito de informes en apelación-, esta alzada preliminarmente estima importante reiterar que, en consonancia con lo establecido en las líneas que encabezan el presente acápite, la caducidad legal puede ser opuesta por el interesado como una cuestión previa en juicio.

Ahora bien, observa esta jurisdicente que en fecha 13 de agosto de 2021, el a quo dictó auto mediante el cual señaló como no presentadas las cuestiones previas, por haber precluido el lapso procesal correspondientes (extemporáneas por tardía), sin que conste en actas que la representación judicial de la parte demandada haya recurrido de dicha decisión; restando con ello, sólo el pronunciamiento concerniente a la caducidad como defensa de fondo, y así se establece.

De la exégesis de los argumentos evacuados por la parte demandada, así como del contenido de las actas, este Juzgado superior colige que siendo la caducidad una institución procesal que persigue la seguridad jurídica, esta no puede estar al servicio del desequilibrio en las relaciones contractuales y mucho menos contra la legalidad y la justicia.

Así las cosas, aun y cuando la representación judicial de la empresa aseguradora afirma que la extemporaneidad del pronunciamiento en el rechazo solo podría tener eventuales consecuencias de carácter administrativo, evidentemente, el incumplimiento de las cláusulas del contrato de seguros tiene efectos legales para su contraparte (el asegurado, tomador y/o beneficiario); siendo la extemporaneidad en la notificación del rechazo en la indemnización del siniestro, un ejemplo claro de incumplimiento del plazo convenido contractualmente, que ciertamente tiene consecuencias legales.

Por otra parte, resulta llamativo cuando menos a este Tribunal que, si bien aduce la parte demandada que la carta de rechazo, debe razonarse como válida por cuanto fue escrita, no genérica en su fundamentación y que el a quo consideró parcialmente el contenido de las normas que a ella se refiere para desechar la caducidad, es necesario allegar igualmente a la presente decisión el artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora, el cual es del tenor siguiente:

LEY DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

ARTÍCULO 130. DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN Y A NOTIFICACIÓN DE RECHAZO

Los tomadores, asegurados o beneficiarios de los contratos de seguros, fondos de administración de riesgos, usuarios, afiliados y los contratantes de los planes o servicios de salud de medicina prepagada, tienen derecho a recibir la indemnización que le corresponda, en un lapso que no exceda de treinta días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que se haya entregado el último recaudo o del informe de ajuste de pérdidas, si fuese el caso. En consecuencia, las empresas de seguros, administradoras de riesgos, de medicina prepagada y asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora estarán obligadas a hacer efectivas las indemnizaciones antes del vencimiento del referido lapso, so pena de incurrir en responsabilidad administrativa por retardo en el cumplimiento de sus obligaciones.

Igualmente tienen derecho a ser notificados por escrito dentro del lapso antes señalado, de las causas de hecho y de derecho que justifican el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida. El incumplimiento de la obligación aquí descrita, por parte de los sujetos regulados, generará la correspondiente responsabilidad administrativa por rechazo genérico.

Se entiende que las empresas de seguros o de medicina propagada han eludido el cumplimiento de sus obligaciones cuando exista

falta de pago o ausencia de respuesta ante la solicitud de pago de las coberturas previstas en una determinada póliza; cuando utilicen artificios para no asumir su responsabilidad.

Lo dispuesto en el presente artículo aplicará igualmente en los casos de fianzas emitidas por empresas de seguros autorizadas para ello.

En los casos de rechazo o elusión los sujetos regulados a que se refiere este artículo, tienen la obligación de probar la improcedencia del reclamo.

De texto de la norma transcrita supra, además de las responsabilidades administrativas que señala el artículo por la inobservancia del incumplimiento de las obligaciones descritas en el precepto normativo, el legislador reitera que es derecho del asegurado, que el seguro decida sobre la procedencia o no de la indemnización del siniestro, y el ser notificado por escrito del eventual rechazo, dentro de los treinta (30) días siguientes en que haya entregado (el asegurado, en este caso) el último recaudo correspondiente (deviniendo errado que puede imputarse como recaudo -a los efectos del contenido de la norma sub examine-, el referido informe de investigación, a cargo de un tercero, Abg. Nereyda Rosales Carmona, como señaló la parte demandada en su descargo), además, que deben señalarse las causales de hecho y derecho que fundamentan el rechazo de la indemnización, invirtiéndose la carga de la prueba; toda vez que en los casos de rechazo, es el seguro a quien tiene obligatoriamente que probar la improcedencia del mismo, advirtiéndose que en el presente asunto, el documento denominado como carta de rechazo, si bien es un documento escrito emanado de la empresa aseguradora, por sí misma no colmó con las características que exige la ley para considerarse como la notificación del rechazo de la indemnización del siniestro, al haber sido extemporánea (remitida pasados con creces los 30 días establecidos en la norma), escueta en su fundamentación y sin que mediara la demostración de los hechos aducidos por la aseguradora, y así se establece.

•••••
**TEMA: CADUCIDAD DE LA ACCIÓN EN LOS CONTRATOS
DE SEGURO**

Máxima: la interpretación referida a la caducidad cuando se opone al asegurado (tanto legal como contractual) debe interpretarse restrictivamente a menos que la extensiva beneficie al tomador, asegurado y usuario; por tanto, en la relación contractual del caso de marras, se desprende que la interpretación efectuada por el Tribunal a quo es la más beneficiosa para el asegurado.

EXTRACTO:

En concatenación con lo anterior, es menester indicar que siendo la Superintendencia de la Actividad Aseguradora el ente encargado de proteger el derecho de las partes contratantes, y la igualdad entre las mismas, y dada la potestad legal que posee el Superintendente de la Actividad Aseguradora de dirigir los medios de solución de conflictos entre los sujetos regulados, tal y como se encuentra establecido en el artículo 133 de la Ley de la Actividad Aseguradora, observa este Tribunal que, ante una situación de CONCILIACIÓN, entendida esta como un procedimiento no jurisdiccional en donde un tercero (árbitro o conciliador) exhorta a las partes en conflicto para que consigan un acuerdo que ponga fin al asunto controvertido; es entendible que existe una expectativa razonable para ambas partes de la posibilidad de llegar a un acuerdo con el que se pueda evitar un litigio; de allí que no puede exigírsele al asegurado que tenga como definitivo cualquier rechazo anterior a los actos conciliatorios subsiguientes promovidos por el ente que controla la actividad aseguradora, así como tampoco puede significar favorable a un mecanismo conciliatorio que, paralelamente, una de las partes -previo al agotamiento del medio alternativo-, deba impetrar una demanda, así sea con el propósito de suspender la caducidad; todo lo cual, transgrediría la naturaleza y propósito de la conciliación.

Por otra parte, y en estrecha relación con lo anterior, no hay que obviar que la ley que regula los contratos de seguros, ha establecido en su artículo 4, los principios para su interpretación, a saber:

NORMAS QUE REGULAN LA RELACIÓN CONTRACTUAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Artículo 4. Cuando sea necesario interpretar los contratos a los que se refieren estas Normas, se utilizarán los principios siguientes:

(...)

5. Las cláusulas relativas a la caducidad de derechos del tomador, asegurado, contratante, beneficiario y usuario o afiliado deben ser de interpretación restrictiva, a menos que la interpretación extensiva los beneficie.

Así las cosas, resulta indubitable para esta Superioridad que la interpretación referida a la caducidad cuando se opone al asegurado (tanto legal o contractual) debe interpretarse restrictivamente a menos que la extensiva beneficie al tomador, asegurado y usuario; por tanto, en la relación contractual del caso de marras, se desprende que la interpretación efectuada por el Tribunal a quo es la más beneficiosa para el asegurado, ajustándose completamente al precepto legal arriba expuesto, ya que efectivamente, en fecha 10 de diciembre de 2019, en el acta correspondiente al segundo acto conciliatorio, la representación de la empresa asegurada, dejó constancia de los siguiente: En nombre de mi representada luego de ser revisado el caso nuevamente con la Gerencia de automóvil, se mantiene la posición de rechazo en ambos siniestros, siendo éste último el que condicione el cómputo del plazo para determinar la caducidad de los derechos del asegurado, por ser aquel que se superpone con la interpretación extensiva establecida en la Ley y Así se decide.

En atención a lo antepuesto, concluye quien suscribe que la demanda de autos fue ejercitada tempestivamente, lo cual excluye cualquier posibili-

dad que haya operado la caducidad, por cuanto al haber sido notificado a la parte demandante el rechazo de la indemnización del siniestro en fecha 10 de diciembre de 2019, se computan hasta el día de interposición de la demanda en fecha 22 de marzo de 2021 (con exclusión del lapso de suspensión de las actividades judiciales por decreto Presidencial por efecto de la pandemia COVID-19) un total de 263 días; derivándose que dicho lapso, no supera el año establecido en el condicionado de la póliza de seguros (ni en las Leyes especiales que regulan la materia) para determinar la procedencia de la caducidad; en consecuencia, es imperativo para quien suscribe declarar que, en la presente demanda no operó LA CADUCIDAD resultando improcedente su interposición, y Así se decide”.

En el presente caso, el formalizante pretende mediante una denuncia de infracción de ley, combatir los motivos que tuvo el juez de alzada para tomar su determinación en torno al análisis de las leyes aplicables, y que la alzada aún; la misma no incurrió en la infracción de ley que se le endilga, ya que como bien, se denota en la transcripción de la sentencia el juez si aplico la cláusula 19 del Condicionado General Uniforme para las Pólizas de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres, tal cual como se contempla y referente a la falta de aplicación de el artículo 57 de las Normas que rigen la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora, esta no se da ya que ad quem no solo la nombra sino que la plica detalladamente y explica el por qué, no se produce la caducidad que alega el formalizante sobre la denuncia.

Esta Sala concluye que, con la referida conclusión jurídica a la que arribó la alzada, no se le violo ningún derecho a la demandada, ni tampoco se incurrió en el delatado vicio, puesto que todos sus alegatos o defensas fueron escuchados y respondidos; en tal sentido la presente denuncia por infracción de ley, debe declararse improcedente. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: 000692.

FECHA: 03 de noviembre de 2023.

PARTES: Manuel Alfredo Ruíz Chávez contra Seguros Universitas, S.A.

.....
**TEMA: SILENCIO DE PRUEBRAS EN EL INFORME
ENVIADO POR LA EMPRESA DETEKTOR CONTENTIVO
DEL ANÁLISIS DEL MAPA DEL GPS**

Máxima: la Sala observa que la juez superior objetivamente expresó la valoración que tiene la prueba del informe dado por la empresa Detektor, ya que del análisis de mapas GPS, realizado al vehículo no se obtuvo información del dispositivo RF para las horas en las que ocurrió el siniestro, por lo cual se observa que el juzgado de alzada si valoro el informe enviado por la empresa Detektor, en su totalidad.

EXTRACTO:

Para decidir la Sala observa:

En el caso de autos, el formalizante alega que la Juzgadora incurrió en silencio parcial de pruebas, ya que no valoro el informa traído por su representada la parte demandada, emitido por la empresa Detector en la cual hay contradicción con lo que la parte demandante narra en su denuncia, por robo, ya que según el informe de GPS el vehículo no circuló ni se encontraba en el lugar donde indicó el Demandante que había sucedido el robo.

De la denuncia parcialmente transcrita, se observa que el formalizante delata que la juez superior incurre en silencio parcial de pruebas, dado que solo hace una valoración parcial de las pruebas, ya que solo valoro el in-

forme enviado por la empresa Detector en la parte del dispositivo RF para las horas en que ocurrió el siniestro, pero no hay pronunciamiento sobre el resto del contenido de la prueba de informes y la cual es determinante para el dispositivo del fallo.

Al respecto, de los argumentos ofrecidos por el formalizante, esta Sala estima importante establecer los presupuestos bajo los cuales se configura el vicio delatado para luego verificar si efectivamente hubo silencio parcial de pruebas.

Así, en cuanto al silencio parcial de pruebas es importante reiterar que el mismo sólo se produce si el juez omite total o parcialmente el análisis de las pruebas, bien mencionándolas pero sin expresar su mérito probatorio, ni los hechos que pudieran ser demostrados, y siempre que tal error resulte modificatorio de la suerte de la controversia, tal y como quedó asentado en la Sentencia N° 318 de fecha 6 de junio de 2014, expediente N° 13-683, de esta Sala de Casación Civil.

Asimismo, la jurisprudencia ha sido cónsona en considerar que ciertamente el referido vicio se pone de manifiesto cuando el sentenciador omite o soslaya total o parcialmente el análisis de las pruebas, o cuando a pesar de mencionarlas, no expresa su mérito probatorio, ni los hechos que pudieran ser demostrados, pero además agrega, que tal vicio debe ser determinante en el dispositivo del fallo, so pena de ser desestimado, tal como lo exige la parte in fine del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil. (Vid. sentencia N° 550 de fecha 24 de septiembre de 2013, caso: Pablo Benavente contra Tecno Invest, S.A.)

Dada las reflexiones antes expuestas, tenemos que por su parte, la juez de la recurrida en su decisión dejó asentadas las consideraciones siguientes:

“PRUEBAS APORTADAS AL PROCESO

De las actas se desprenden que la parte actora consignó junto a su libelo de demanda los siguientes medios de pruebas:

Original de documento privado el cual riel como folio No. 7, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de acuse de recibo de fecha 3 de diciembre de 2018, emitido por Seguros Universitos, ahora bien, observa esta Alzada que el antes mencionado documento se trata de un instrumentos privado, el cual, no fue impugnado en la etapa procesal correspondiente, se le otorga valor probatorio de conformidad con lo establecido en el artículo 1.363 del Código Civil en concordancia con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil. Del referido medio probatorio se verifica un sello con el logo de SEGUROS UNIVERSITAS, recibido por Carlos Toro. ASI SE DETERMINA.

Original de certificado de registro de vehículo, el cual riel en el folio No. 8 de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de documento de propiedad de vehículo emanado del Instituto Nacional de Transporte Terrestre, anotado bajo el No. 180105046542, serial N.I.V: JTEBU5JR8F5252500, marca: Toyota, año: 2015, clase: camioneta, serial de motor: 1GRB140016, modelo: 4RUNNER LIMITED, color: blanco, uso: particular. Por cuanto observa esta Juzgadora que el documento antes mencionado se trata de un instrumento Público Administrativo, se le otorga valor probatorio de conformidad con el artículo 1.357, 1.359 y 1.384 del Código Civil en concordancia con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil y el artículo 8 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos. Del mismo se desprende la propiedad que detenta el ciudadano MANUEL ALFREDO RUIZ CHAVEZ, sobre el prenombrado vehículo. ASÍ SE APRECIA.

Copia de instrumentos privados, los cuales rielan desde el folio No. 9 al folio al folio 20, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de cuadro póliza-recibo, póliza excelencia del seguro automóvil casco individual, signado con el numero AUTI- 2017047 y sus condiciones particulares de cobertura, celebrado entre el ciudadano MANUEL ALFREDO RUIZ CHAVEZ, ya identificado, y la Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITA C.A de fecha 9 de mayo de 2018. Por cuanto observa esta Alzada que los antes mencionados

documentos se trata de un instrumento privado, el cual, no fue impugnado en la etapa procesal correspondiente, se les otorga valor probatorio de conformidad con lo establecido en el artículo 1.363 del Código Civil en concordancia con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil. Ahora bien, de los medios probatorios ut supra identificados se desprende la relación contractual que existe entre el ciudadano MANUEL ALFREDO RUIZ CHAVEZ, ya identificado, y la Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITAS, C.A., ambos plenamente identificados, con sus respectivas condiciones. ASÍ SE APRECIA.

Original de documento privado el cual riel a como folio No. 21, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de acuse de recibo de fecha 3 de diciembre de 2018, emitido por Seguros Universos, ahora bien, observa esta Alzada que el antes mencionado documento se trata de un instrumentos privado, el cual, no fue impugnado en la etapa procesal correspondiente, se le otorga valor probatorio de conformidad con lo establecido en el artículo 1.363 del Código Civil en concordancia con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil. Del referido medio probatorio se verifica un sello con el logo de SEGUROS UNIVERSITAS, recibido por Carlos Toro. ASI SE DETERMINA.

Original de instrumento público, el cual riel a en desde el folio No. 22, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de denuncia ante el Ministerio del Poder Popular para las Relaciones de interior, Justicia y Paz, Cuerpo de Investigaciones, Científicas, Penales y Criminalísticas, subdelegación Cabimas, Control de Investigaciones, realizada en fecha 28 de noviembre de 2018, bajo el No. K-18-0059-01348. Por cuanto, el medio probatorio antes identificado, se trata de un original de un instrumento público administrativo, esta Superioridad le otorga valor probatorio de conformidad en lo previsto en los artículos 1.357 y 1.359 del Código Civil, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil, y el artículo 8 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, desprendiéndose del mismo, denuncia interpues-

ta por el ciudadano MANUEL ALFREDO RUIZ CHAVEZ, por ante el prenombrado cuerpo de investigaciones, por medio del cual se describen los hechos ocurridos que relacionan al vehículo signado con el serial N.I.V: JTEBU5JR8F5252500, marca: Toyota, año: 2015, clase: camioneta, serial de motor: 1GRB140016, modelo: 4RUNNER LIMITED, color: blanco, uso: particular, indicando fecha de denuncia y delito. ASÍ SE APRECIA.

Original de documento privado el cual riela como folio No. 23, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de acuse de recibo de fecha 3 de diciembre de 2018, emitido por Seguros Universitos, ahora bien, observa esta Alzada que el antes mencionado documento se trata de un instrumentos privado, el cual, no fue impugnado en la etapa procesal correspondiente, se le otorga valor probatorio de conformidad con lo establecido en el artículo 1.363 del Código Civil en concordancia con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil. Del referido medio probatorio se verifica un sello con el logo de SEGUROS UNIVERSITAS, recibido por Carlos Toro. ASI SE DETERMINA.

Original de instrumento público, el cual riela en el folio No. 24, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de denuncia por ante el Ministerio del Poder Popular para las Relaciones de interior, Justicia y Paz, Cuerpo de policía nacional, bolivariana de Venezuela, Dirección Nacional de Tránsito Terrestre, división de investigaciones, realizada en fecha 29 de noviembre de 2018, bajo el No. PNBZUL00000065. Por cuanto, el medio probatorio antes identificado, se trata de un original de un instrumento público, esta Superioridad le otorga valor probatorio de conformidad en lo previsto en los artículos 1.357 y 1.359 del Código Civil, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil, y el artículo 8 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, desprendiéndose del mismo, denuncia interpuesta por el ciudadano MANUEL ALFREDO RUIZ CHAVEZ, por ante el prenombrado cuerpo de investigaciones. ASÍ SE APRECIA.

Copia de instrumento privado, el cual riela en el folio No. 25, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de declaración de siniestro de vehículo, por ante la Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITAS C.A., signado con el numero AUTI-040000-2017047, numero de reclamo 2553, centro de negocios CDN MARACAIBO, de fecha 3 de diciembre de 2018.

Copia de instrumento privado, el cual riela en el folio No. 26, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de carta explicativa de siniestro de vehículo, de fecha 3 de diciembre de 2018.

Copia de instrumento privado, el cual riela en el folio No. 27, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de carta explicativa de siniestro de vehículo, de fecha 3 de diciembre de 2018.

Copia de instrumento privado, el cual riela en el folio No. 28, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de carta explicativa de siniestro de vehículo, de fecha 4 de diciembre de 2018.

Ahora bien, por cuanto observa esta Alzada que los antes mencionado documentos se tratan de copias de instrumentos privados, los cuales, y en virtud de que los mismos fueron reconocidos por la parte contraria, se les otorga valor probatorio de conformidad con lo establecido en el artículo 1.363 del Código Civil en concordancia con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil. Ahora bien, del medio probatorio ut supra identificado se desprende la declaración de siniestro de vehículo, realizada por el ciudadano MANUEL ALFREDO RUIZ CHAVEZ, ante la Sociedad Mercantil Seguros Universita C.A, así como de las cartas explicativas en la cual el prenombrado ciudadano narro los hechos ocurridos. ASÍ SE APRECIA.

Original de instrumento, el cual riela desde el folio No. 29 al folio No. 31, de la pieza marcada como principal No. 1 contentivo de comunicación privada, emitida por la Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITA C.A., de fecha 15 de enero de 2019. Por cuanto observa esta Alzada que el ante mencionado documento se trata de un instrumento privado, y por cuanto el mismo no fue impugnado por

la parte contraria, se le otorga valor probatorio de conformidad con lo previsto en el artículo 1.363 del Código Civil en concordancia con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil. Ahora bien, del medio probatorio ut supra identificado se desprende que, la Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITA C.A., emitió notificación al ciudadano MANUEL ALFREDO RUIZ CHAVEZ, en la cual, declino su responsabilidad en el siniestro No. 2553/2018, y en el cual se reservó el ejercicio de las acciones penales y civiles derivada de los hechos relacionados, con la suscripción y el reclamo de la póliza No. 2017047. ASI SE APRECIA.

Original de Instrumento, el cual riela en el folio No. 32, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de factura No. 1800027878 de fecha 30 de noviembre de 2018, emanada por el Servicio desconcentrado Municipal de Administración Tributaria (SEDEMAT). De esta manera considera esta Sentenciadora, que el medio de prueba objeto de la presente valoración, constituye una prueba documental asimilable a las tarjas. Por lo tanto, se le otorga valor probatorio de conformidad con lo establecido en el artículo 1.363 y 1.383 del Código Civil en concordancia con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil. Ahora bien, del medio probatorio ut supra identificado se desprende el pago de patentes de vehículos, realizado por ciudadano MANUEL ALFREDO RUÍZ CHAVEZ, por la cantidad de Bs. 12.01. ASI SE APRECIA.

Impresión de documento electrónico, contentivo de correo electrónico emanado de la dirección kelvin.patino@segurosuniversitas.com, para la ciudadana Marien C. Barrios; Edicta E. Rodríguez; Janeth DV. Toro, en fecha 15 de enero de 2019, el cual corre inserto en el folio No. 33, de la pieza marcada como principal No. 1. Por cuanto observa esta sentenciadora que, el antes mencionado medio probatorio se trata de una impresión de documento electrónico, se le otorga valor probatorio de conformidad con lo establecido en el artículo 4 de la Ley Sobre Mensaje de Datos y Firmas Electrónicas, conjuntamente con el artículo 1.363 del Código Civil, en concordancia con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil, en

tal sentido deberá tenerse el mismo como una copia de un instrumento privado, ahora bien, del mismo se desprende el envío de la carta rechazo de la solicitud del asegurado y socio comercial. ASÍ SE APRECIA.

Copia simple de instrumento público, el cual riela desde el folio No. 34 al folio No. 36, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de documento de compraventa del vehículo marca: Toyota, año: 2015, clase: camioneta, serial de motor: 1GRB140016, modelo: 4RUNNER LIMITED, color: blanco, uso: particular, entre los ciudadanos NELSO JOSÉ REVEROL MONTERO, venezolano, mayor de edad, titular de la cédula de identidad No. 9.757.185, y el ciudadano MANUEL ALFREDO RUÍZ CHAVEZ, previamente identificado, debidamente autenticado por ante la Notaría Pública Segunda de Cabimas, estado Zulia, en fecha 27 de abril de 2018, bajo el No. 22, tomo 56, del folio 86 al 89. Por cuanto, el referido medio probatorio, consta de un instrumento público, esta Superioridad le otorga valor probatorio de conformidad en lo previsto en los artículos 1.357 y 1.359 del Código Civil, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil. Del referido medio probatorio se desprende el traspaso de propiedad del vehículo antes mencionado, al ciudadano MANUEL ALFREDO RUÍZ CHAVEZ. ASÍ SE APRECIA.

Seguidamente, el apoderado judicial de la parte demandada, Sociedad Mercantil Seguros Universitas C.A., en su escrito de contestación a la demanda, ratifico y promovió el siguiente medio probatorio:

La parte demandada en el referido escrito opuso el original de instrumento, el cual riela desde el folio No. 29 al folio No. 31, de la pieza marcada como principal No. 1, promovido por la parte actora, contentivo de comunicación privada, emitida por la Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITA C.A., de fecha 15 de enero de 2019. Ahora bien, verifica esta Alzada que el antes mencionado documento fue valorado con anterioridad por esta Superioridad, y

en virtud del reconocimiento realizado, se le otorga el mismo valor probatorio. ASÍ SE DECLARA.

Ahora bien, en la oportunidad procesal para promover pruebas, el abogado en ejercicio OSWALDO ALONSO BERMÚDEZ CARRIZO, inscrito en el Inpreabogado bajo el No. 50.704, en su carácter de apoderado judicial de la parte demandante, ciudadano MANUEL ALFREDO RUIZ CHAVEZ, ratifico todos y cada uno de los medios probatorios que fueron acompañados con el libelo de la demanda, asimismo, promovió los siguientes medios probatorios:

En relación a la prueba de informes, dirigida a la Notaría Pública Segunda de Cabimas, cuyas resultas se encuentran insertas desde el folio No. 172 al folio 176, de la pieza marcada como principal No. 1. Esta Superioridad lo valora de conformidad con lo establecido en el artículo 433 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia a lo dispuesto en el artículo 507 eiusdem, del mismo se desprende oficio No. NP204-0017-2019, de fecha 1 de noviembre de 2019, el cual ratificó el documento de venta que versa sobre el vehículo matriculado bajo el No. AG642VG otorgado por los ciudadanos NELSON JOSE REVEROL MONTERO y MANUEL ALFREDO RUÍZ CHACÓN, antes identificados, anotado bajo el No. 22 tomo 56 folio del 86 al 89, mediante el cual se acompañó copia fotostática del asiento del referido documento. ASÍ SE APRECIA.

En cuanto a la prueba de informes, dirigida a la Subdelegación Cabimas, del Cuerpo de Investigaciones, Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC), cuyas resultas se encuentran insertas en el folio 165, de la pieza marcada como principal No. 1. Ahora bien, el referido medio probatorio es valorado por esta Superioridad de conformidad con lo establecido en el artículo 433 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia a lo dispuesto en el artículo 507 eiusdem, del mismo se desprende oficio No. 9700-059-SDC-2105, de fecha 5 de noviembre de 2019, el cual indica que, se verifico en el sistema de investigación e información policial (SIIPOL), que el vehículo marca: Toyota, año: 2015, clase: camioneta, serial

de motor: 1GRB140016, modelo: 4RUNNER LIMITED, color: blanco, uso: particular, presenta solicitud por robo de vehículo de fecha 28 de noviembre de 2018, según expediente K-18-0059-01348, denunciado por el ciudadano MANUEL ALFREDO RUÍZ CHAVEZ. ASÍ SE VALORA.

En relación a la prueba de informes, dirigida al cuerpo de Policía Nacional Bolivariana de Venezuela, cuyas resultas se encuentran insertas desde el folio en el folio 166 al folio No. 171, de la pieza marcada como principal No. 1. Ahora bien, el referido medio probatorio es valorado por esta Superioridad de conformidad con lo establecido en el artículo 433 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia a lo dispuesto en el artículo 507 eiusdem, del mismo se desprende oficio No. DIV-081-2019, de fecha 7 de noviembre de 2019, mediante el cual, se remitió copia de la denuncia presentada por el ciudadano MANUEL ALFREDO RUÍZ CHAVEZ bajo el No. PNBZUL200000065, de fecha 29 de noviembre de 2018, correspondiente al vehículo marca: Toyota, año: 2015, clase: camioneta, serial de motor: 1GRB140016, modelo: 4RUNNER LIMITED, color: blanco, uso: particular. ASÍ SE OBSERVA.

Prueba testimonial del ciudadano NELSON JOSÉ REVEROL MONETERO, venezolano, mayor de edad, titular de la cédula de identidad No. 9.757.185. Respecto al mencionado medio probatorio, verifica quien hoy decide que, el mismo tenía por objeto la ratificación de un instrumento público, el cual, de conformidad con lo previsto en el artículo 1.359 del Código Civil, hace plena fe de su contenido, por lo que, al no ser procedente la ratificación de un instrumento público mediante la prueba de testigos, esta Superioridad lo desecha del acervo probatorio. ASÍ SE ESTABLECE.

Posteriormente, el apoderado judicial de la parte demandada, Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITAS C.A., en su escrito de promoción de pruebas ratificó todos los medios probatorios promovidos con anterioridad, y promovió los siguientes medios probatorios:

Copia fotostática de gaceta oficial No. 41.136, de fecha 24 de abril de 2017, la cual riela desde el folio No. 121 al folio 123, de la pieza marcada como principal No. 1. Ahora bien, respecto al referido medio probatorio, por cuanto el mismo se trata de una copia fotostática de un instrumento público administrativo, el cual no fue impugnado por la contraparte, se le otorga valor probatorio de conformidad con lo previsto en los artículos 1.357 y 1.359 del Código Civil, en concordancia con lo previsto en el artículo 08 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos y el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil, desprendiéndose del mismo, las condiciones generales de los contratos de seguros establecidas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (SUDEASEG). ASÍ SE VALORA.

Copia de instrumento privado, el cual riela en el folio No. 26, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de carta explicativa de siniestro de vehículo, signado con el numero AUTI-040000-2017047, numero de reclamo 2553, por ante el centro de negocios CDN MARACAIBO, de fecha 3 de diciembre de 2018. Por cuanto observa esta Alzada que el antes mencionado documento se trata de instrumento privado, el cual, no fue impugnado en la etapa procesal correspondiente, se les otorga valor probatorio de conformidad con lo establecido en el artículo 1.363 del Código Civil en concordancia con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil. Ahora bien, del medio probatorio ut supra identificado Por cuanto el referido medio probatorio fue valorado con anterioridad por esta Superioridad, se le otorga el mismo valor. ASÍ SE DECLARA.

Original de instrumento, el cual riela desde el folio No. 29 al folio No. 31, de la pieza marcada como principal No. 1 contentivo de comunicación privada, emitida por la Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITA C.A., de fecha 15 de enero de 2019. Por cuanto observa esta Alzada observa que el ante mencionado documento se trata de un instrumento privado, el cual no fue impugnado en la etapa procesal correspondiente, se le otorga valor probatorio de conformidad con lo previsto en el artículo 1.363 del Código Civil en con-

cordancia con el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil. Ahora bien, del medio probatorio ut supra identificado Por cuanto el referido medio probatorio fue valorado con anterioridad por esta Superioridad, se le otorga el mismo valor. ASÍ SE DECLARA.

Copia de instrumentos privados, los cuales rielan desde el folio No. 9 al folio al folio 20, de la pieza marcada como principal No. 1, contentivo de cuadro póliza-recibo, póliza excelencia del seguro automóvil casco individual, signado con el numero AUTI- 2017047 y sus condiciones particulares de cobertura, celebrado entre el ciudadano MANUEL ALFREDO RUIZ CHAVEZ, ya identificado, y la Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITA C.A de fecha 9 de mayo de 2018. Ahora bien, por cuanto el referido medio probatorio fue valorado con anterioridad por esta Superioridad, se le otorga el mismo valor. ASÍ SE DECLARA.

Copia fotostática de gaceta oficial No. 40.973, de fecha 24 de agosto de 2016, la cual rielan desde el folio No. 95 al folio 120, de la pieza marcada como principal No. 1. Ahora bien, respecto al referido medio probatorio, por cuanto el mismo se trata de una copia fotostática de un instrumento público administrativo, el cual no fue impugnado por la contraparte, se le otorga valor probatorio de conformidad con lo previsto en los artículos 1.357 y 1.359 del Código Civil, en concordancia con lo previsto en el artículo 08 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos y el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil, desprendiéndose del mismo, las normas que regulan la relación contractual en la actividad aseguradora. ASÍ SE VALORA.

En relación a la prueba de informes, dirigida a la empresa de rastreo satelital DETEKTOR, de fecha 10 de marzo de 2022, cuyas results se encuentran insertas desde el folio 212 al folio No. 219, de la pieza marcada como principal No. 1. Ahora bien, el referido medio probatorio es valorado por esta Superioridad de conformidad con lo establecido en el artículo 433 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia a lo dispuesto en el artículo 507 eiusdem,

del mismo se desprende, respuesta al oficio 0778-2021, de fecha 31 de agosto de 2021, mediante el cual, indico que al análisis de mapas GPS, realizado al vehículo marca: toyota, año: 2015, clase: camioneta, serial de motor: 1GRB140016, modelo: 4RUNNER LIMITED, color: blanco, uso: particular, no se obtuvo información por ante el dispositivo RF para las horas en las que ocurrió el siniestro. ASÍ SE OBSERVA.

En cuanto a la prueba de informes, dirigida al SERVICIO ADMINISTRATIVO DE IDENTIFICACIÓN MIGRACIÓN Y EXTRANJERÍA (SAIME), cuyas resultas se encuentran insertas en el folio No. 179, de la pieza marcada como principal No. 1. Esta Superioridad lo valora de conformidad con lo establecido en el artículo 433 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia a lo dispuesto en el artículo 507 eiusdem, del mismo se desprende, respuesta al oficio No. 202-2019, de fecha 24 de septiembre de 2019, mediante el cual, el SAIME suministro los datos filiatorios del ciudadano NELSON JOSÉ REVEROL MONTERO, antes identificado. ASÍ SE OBSERVA.

Prueba de experticia grafotécnica, sobre el documento de compraventa autenticado en fecha 27 de abril de 2018, por ante la Notaría Pública Segunda de Cabimas, anotado bajo el No. 22, tomo 56, del folio 86 hasta el 89, sobre un vehículo marca: Toyota, año: 2015, clase: camioneta, serial de motor: 1GRB140016, modelo: 4RUNNER LIMITED, color: blanco, uso: particular, a los fines de que se determine la autenticidad de la firma del vendedor, ciudadano NELSON REVEROL MONTERO, antes identificado. Ahora bien, toda vez que el referido medio probatorio no fue evacuado, es por lo que, esta Superioridad no tiene material sobre el cual decidir. ASÍ SE DECIDE.

VI
PUNTO PREVIO
DEL SILENCIO DE PRUEBAS

Se evidencia de actas que el apoderado judicial de la parte demandada, Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITAS C.A., denunció mediante su escrito de informes presentado por ante esta Instancia

Superior que, en la sentencia recurrida, el Juzgado de la Causa incurrió en el error de indebida valoración probatoria, por lo que, adujo quebrantó el artículo 244 del Código de Procedimiento Civil. En tal sentido, considera oportuno esta Operadora de Justicia, traer a colación el contenido de la disposición normativa contenida en el artículo 509 del Código de Procedimiento Civil:

Artículo 509.- Los jueces deben analizar y juzgar todas cuantas pruebas se hayan producido, aun aquellas que a su juicio no fueren idóneas para ofrecer algún elemento de convicción, expresándose siempre cual sea el criterio del juez respecto de ellas.

En relación al contenido y alcance del texto normativo in comento, el destacado jurista venezolano Ricardo Henríquez La Roche, en su obra “CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL”, Tomo III, 1996, pág. 590, señala:

(...) Esta norma plantea el estudio de tres aspectos. Uno de ellos es el principio de exhaustividad, según el cual los jueces están en el deber de examinar toda cuanta prueba esté en los autos, sea para declararla inadmisibile, impertinente, favorable o desfavorable, so pena de incurrir en el vicio de silencio de prueba.

El principio de exhaustividad de la prueba está en relación directa con la Litis analizada y decidida. (...)

((Omissis))

(...) La exhaustividad de la prueba no implica una previa declaración de su admisibilidad antes de valorarla positiva o negativamente. Si la prueba es apreciada en su mérito, debe presuponerse que el juez la tiene como prueba regular. Es carga procesal de la parte contraria hacerle ver la supuesta irregularidad, en cuyo caso el juez sí debe pronunciarse sobre la misma y en caso negativo, examinarla y valorarla.

Aun cuando la disposición impone al juez el deber de analizar toda cuantas pruebas cursen en los autos, el quebrantamiento de este precepto no implica necesariamente la nulidad de la senten-

cia, pues la nulidad procesal está gobernada por el principio de trascendencia o relevancia del acto en cuestión, de modo que si la prueba es ilegal o impertinente a la Litis -nada acredita a favor de uno u otro-, o si de hecho surge evidenciado de otra prueba de autos, ciertamente valorada, la falta de valoración de esa prueba silenciada no debe acarrear la nulidad o casación del fallo. Así se colige del artículo 206:”en ningún caso se declarará la nulidad si el acto (la sentencia) ha alcanzado el fin al cual estaba destinado (...)

En virtud de lo anterior, el principio de exhaustividad es adoptado por nuestro ordenamiento jurídico, a través de la disposición normativa consagrada en el artículo 509 de la Ley Adjetiva Civil; artículo según el cual, el Juez, al momento de tomar su decisión, se encuentra en el deber de tomar en consideración todos los medios probatorios promovidos por las partes, en sus respectivas oportunidades, siempre que los mismos hayan sido debidamente admitidos y evacuados, por cuanto ésta, deberá estar fundamentada no sólo en las afirmaciones de hecho que realicen las partes, sino en las pruebas que éstas produzcan, so pena de incurrir en el vicio de incongruencia, bajo la modalidad de inmotivación, toda vez que, a la letra del artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, el sentenciador: “(...) Debe atenerse a lo alegado y probado en autos, sin poder sacar elementos de convicción fuera de éstos, ni suplir excepciones o argumentos de hechos no alegados ni probados (...)”.

Aunado a lo anterior, la Sala de Casación Civil del Tribunal Supremo de Justicia, mediante sentencia No. RC. 000460, de fecha 13 de julio de 2016, con ponencia del magistrado Yván Darío Bastardo Flores, estableció que, cuando el Juez omite identificar, valorar y apreciar algún medio probatorio, se configura lo que la doctrina y la jurisprudencia denomina “vicio por silencio de prueba”, y en tal sentido, considera pertinente esta Superioridad, traer a colación un extracto de la decisión previamente referida, la cual consagra:

(...) El artículo 509 de la ley civil adjetiva establece el deber de los jueces de analizar y juzgar todas cuantas pruebas se hayan pro-

ducido en juicio, aun aquellas que a su juicio, no fueren idóneas para la obtención de algún elemento de convicción, y que además, expresen siempre su criterio respecto de ellas.

Cuando en la sentencia se omite el análisis de alguna o varias pruebas, o se prescinde de algún aspecto de éstas que guarde relación con un hecho controvertido, el Juez incurre en un error de juzgamiento que la doctrina y jurisprudencia denominan silencio de pruebas que puede ser total o parcial, según el caso. (Destacado de esta Alzada).

En este mismo orden de ideas, la Sala de Casación Civil del Tribunal Supremo de Justicia, mediante sentencia No. 000153, de fecha 11 de marzo de 2016, con ponencia de la magistrada Marisela Valenti-
na Godoy Estaba, estableció:

(...) El formalizante denuncia la falta de aplicación del artículo 509 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el artículo 12 eiusdem, ya que a su decir la recurrida incurrió en el vicio de silencio de pruebas, toda vez que en el cuerpo de la sentencia no menciona, ni valora específicamente las pruebas promovidas por la parte demandante referidas a: i) los cheques de gerencia consignados en copia simple como anexos de la demanda; ii) la Constancia de Convivencia emitida por el Consejo Comunal San Martín de Pórreres de la Parroquia San Sebastián del Municipio San Cristóbal del estado Táchira y; iii) el documento privado de fecha 26 de abril de 2012 que riela a los folios 5,6 y 7 del expediente consistente en un borrador de transacción a ser presentado en un juicio de partición en el cual el demandante y la demandada figuraban como optantes a la compra de un inmueble en su condición de “casados entre sí”; documentos que constituían pruebas determinantes para la decisión.

Sobre el vicio de silencio de pruebas, esta Sala en sentencia N° 272 de fecha 13 de julio de 2010, exp. N° 10-045, en la cual se ratifican fallos dictados en los años 2006 y 2009, dejó establecido el siguiente criterio jurisprudencial:

“(…) Con relación al vicio de silencio de pruebas, esta Sala ha establecido, mediante sentencia N° 235 de fecha 4 de mayo de 2009, (caso: J.G.B. contra V.P. y otra), lo siguiente:

“(…) Es criterio reiterado de esta Sala que el vicio de silencio de pruebas se produce cuando el sentenciador ignora por completo el medio probatorio, o hace mención de él pero no expresa su mérito probatorio, pues el representante del órgano jurisdiccional está en la obligación de valorar todas y cada una de las pruebas presentadas por las partes con independencia de quien la promovió (…).” (Negritas de la cita).

En atención al precedente jurisprudencial antes transcrito, el vicio de silencio de pruebas se configura, cuando el juzgador no toma en cuenta en lo absoluto, algún medio probatorio sometido a su consideración por las partes, o cuando aun haciendo mención sobre éste, no expresa su mérito o valor, no obstante que la ley adjetiva que rige la materia lo constriñe a ofrecer un análisis y pronunciamiento al respecto (...). (Destacado de esta Superioridad).

Ahora bien, el apoderado judicial de la parte demandada, Sociedad Mercantil Seguros Universitas C.A, denunció mediante su escrito de informes presentado por ante esta Instancia Superior que, el Sentenciador A-quo, erro en la indebida valoración probatoria, respecto a los siguientes medios probatorios:

1. Prueba de Informes dirigida a la empresa Satelital DETEKTOR.

2. Prueba de experticia grafotécnica.

En consonancia con lo anterior, considera oportuno quien hoy decide, señalar que, el vicio de incongruencia en sus diferentes tipos: positiva o negativa, se produce en los supuestos en que el juez, omite pronunciamiento sobre asuntos que forman parte del *thema decidendum* (negativa) o bien cuando desborda los términos en que las partes delimitaron la controversia (positiva), y en tal sentido, representa un deber para el sentenciador, pronunciarse sobre todo lo alegado y probado por los litigantes en el decurso de

un proceso, ello en acatamiento al principio de exhaustividad, que impone al juez el deber de resolver todas y cada una de las cuestiones alegadas por las partes, en aras de evitar que éstos incurran en omisión de pronunciamiento al momento de dictaminar el asunto que se trate, por cuanto, su ocurrencia o verificación, conlleva a la declaratoria de nulidad por incongruencia omisiva o negativa.

Así pues, evidencia esta Juzgadora del análisis realizado a la sentencia recurrida que, en el capítulo titulado: “III. VALORACIÓN DE LOS MEDIOS DE PRUEBA”, el Tribunal A-quo, no obvió la mención, valoración y subsecuente apreciación de los medios probatorios ut supra mencionado, así como de otros medios probatorios que se encuentran identificados, valorados y apreciados en el capítulo denominado: III. VALORACIÓN DE LOS MEDIOS DE PRUEBA, perteneciente al presente fallo, evidenciándose con ello que la sentencia recurrida, no adolece del vicio de silencio de pruebas, toda vez que el Juez Cognoscitivo, cumplió con el deber estipulado en el ya mencionado artículo 509 del Código de Procedimiento Civil, al emitir pronunciamiento sobre todas y cada una de las pruebas aportadas al proceso. ASÍ SE DETERMINA.

Aunado a lo anterior, colige esta Superioridad que, el Juzgador A-quo, no incurrió, tal y como fue establecido en líneas pretéritas, en el vicio de silencio de pruebas, por cuanto, se pronunció sobre la totalidad del arsenal probatorio aportado por las partes en la presente causa, razón por la cual esta Jurisdicente se ve en el deber de declarar como efectivamente lo hará en la parte dispositiva del presente fallo IMPROCEDENTE la denuncia de inmotivación por silencio de prueba, aducida por la representación judicial de la parte demandada. ASÍ SE DECIDE.

VII

CONSIDERACIONES PARA DECIDIR

Encontrándose la presente causa en la etapa procesal para resolver lo conducente con ocasión a la actividad recursiva sometida al conocimiento de esta Alzada, se procede a realizar las consideraciones

pertinentes respecto al caso sub examine.

La presente causa se circunscribe a la demanda que por CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, sigue el ciudadano MANUEL ALFREDO RUÍZ CHÁVEZ, contra la Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITAS C.A., antes identificados, toda vez que, aduce la parte demandante en su escrito libelar que suscribió en fecha 09 de mayo de 2018, un contrato de seguros con la prenombrada empresa aseguradora, en tal sentido, dado que fue víctima de robo del vehículo objeto del referido contrato, es por lo que pretende la obtención del monto que figura en el cuadro-póliza como suma asegurada, siendo esta por la cantidad de CINCUENTA Y CINCO MIL DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEÁMERICA (USD 55.000,00), por cuanto la referida Sociedad Mercantil, rechazó el siniestro que involucró al vehículo anotado en el certificado de registro No. JTE-BU5JR8F5252500-3-1, placa: AG642VG, marca: Toyota.

Así pues, la representación judicial de la parte demandada, en su escrito de contestación a la demanda, reconoció la existencia de una póliza celebrada entre el ciudadano MANUEL ALFREDO RUÍZ CHÁVEZ, y la sociedad mercantil SEGUROS UNIVERSITAS, C.A., previamente identificados. Seguidamente, arguyó que el rechazo efectuado por parte de la aseguradora al siniestro acaecido, se debe a que la parte demandante no probó su ocurrencia, razón por la cual, se encuentra exonerada de cualquier responsabilidad y, por lo tanto, no se encuentra en la obligación de pagar indemnización alguna.

En tal sentido, a los fines de inteligenciar la presente controversia, esta Juzgadora trae a colación la definición de contrato dada por Henri, León y Jean Mazeaud en su obra Lecciones de Derecho Civil tomo 5, páginas 65 y 66, en el cual estipulan lo siguiente:

El artículo 1.101 del Código Civil da del contrato una definición tomada de Pothier: El contrato es una convención por la cual una o más personas se obligan, hacia otra o varias más, a dar, a hacer o a no hacer alguna cosa

En el lenguaje corriente se emplean como sinónimos de contrato otros dos términos: acto jurídico y convención; pero, en el lenguaje del derecho, cada una de esas palabras posee, o debería poseer, un sentido técnico preciso:

(Omissis)

3° El contrato es una convención generadora de derecho. El contrato es, por consiguiente, una especie particular de convención. (...)

Continuando con esta idea, el artículo 1.133 de nuestro Código Civil plantea la definición de contrato, a saber: El contrato es una convención entre dos o más personas para constituir, reglar, transmitir, modificar o extinguir entre ellos un vínculo jurídico. Sobre este artículo, Emilio Calvo Baca hace un comentario diciendo que:

No es tarea fácil definir el contrato. Diremos que: Es un acuerdo de voluntades mediante el cual una parte se obliga para con la otra a dar, hacer o no hacer, vale decir a entregarle bienes o prestarle servicios o a abstenerse de hacer algo”: El contrato crea obligaciones, pero también puede modificar o extinguir las anteriores establecidas.

Ahora bien, también sobre la definición de contrato, el autor venezolano JOSE MÉLICH-ORSINI declara que:

En la moderna doctrina italiana suele reservarse la palabra convención para designar negocios bilaterales de contenido personal, tales como el matrimonio (Art. 44 C.C.), la separación de cuerpos entre cónyuges (Art. 189), los esponsales (Art. 41 C.C.), etc. Para esta misma doctrina el contrato se define como un acuerdo entre dos o más partes para constituir, regular o disolver entre ellas una relación jurídica patrimonial (Art. 1321 C.C. italiano vigente).

Así las cosas, estudiadas las posiciones doctrinales antes citadas y analizado lo dispuesto en el artículo 1.133 del Código Civil, esta Superioridad entiende que el contrato se trata de un acuerdo de voluntades entre dos o más personas con el fin de crear, modificar o extinguir entre las mismas una relación jurídica de carácter

patrimonial y que tiene entre ellas fuerza de Ley, es decir, que el cumplimiento del contrato por las partes contratantes es de carácter obligatorio.

En tal sentido, el artículo 1.159 *eiusdem* establece el principio de legalidad contractual de la siguiente manera:

Artículo 1.159.- Los contratos tienen fuerza de Ley entre las partes. No pueden revocarse sino por mutuo consentimiento o por las causas autorizadas por la Ley.

De acuerdo a lo mencionado con anterioridad, el autor Eloy Maduro Luyando y Emilio Pittier Sucre, en su obra *CURSO DE OBLIGACIONES*, Tomo III, Caracas, 2004, Pág. 810, explica:

La primera frase de esta disposición legal consagra el principio denominado por la doctrina el contrato - ley, según el cual el contrato es de obligatorio cumplimiento, so pena de incurrir en la responsabilidad civil o en otros efectos del incumplimiento: cumplimiento forzoso, en especie o por equivalente, daños y perjuicios, ausencia de responsabilidad cuando el incumplimiento en los contratos bilaterales.

Las partes están obligadas a cumplir el contrato de la misma manera que están obligadas a cumplir la ley. Nace así el principio de la autonomía de la voluntad como fundamento de la fuerza obligatoria del contrato, que se complementa con el principio rector en materia del cumplimiento de las obligaciones según el cual las obligaciones deben cumplirse tal como han sido contraídas (Art. 1.264CC). En definitiva, lo que crean las partes en virtud del principio de la autonomía de la voluntad es de obligatorio cumplimiento y deben cumplirse de la misma manera que las leyes (...) (Negrillas y subrayadas de esta Superioridad).

De lo anterior, se desprende que en los casos de existir un contrato suscrito entre las partes unidas por un vínculo jurídico-procesal, todas las obligaciones y acuerdos que hayan convenido en celebrar, deben ser cumplidas en los modos, formas y oportunidades acorda-

das; pero además, este principio, no sólo aplica para las partes materiales, sino que también, limita al Órgano Jurisdiccional a dirimir los conflictos que se susciten con ocasión al cumplimiento o no del mismo, tomando en consideración su contenido.

Establecido lo anterior, resulta menester para quien hoy decide, analizar los supuestos de procedencia de la referida pretensión y, a tal efecto, el artículo 1.167 del Código Civil dispone lo siguiente:

Artículo 1.167.- En el contrato bilateral, si una de las partes no ejecuta su obligación, la otra puede a su elección reclamar judicialmente la ejecución del contrato o la resolución del mismo, con los daños y perjuicios en ambos casos si hubiere lugar a ello.

Consagra entonces, la disposición normativa ut supra transcrita que, en las relaciones contractuales de carácter bilateral o sinalagmáticas perfectas, en caso de incumplimiento por una de las partes contractuales, la otra tiene el derecho de acudir ante los Órganos de Administración de Justicia a los fines de constreñir a la parte morosa, a cumplir con la obligación u obligaciones incumplidas o, a solicitar la terminación o resolución del contrato, pudiendo incluso, reclamar la indemnización por daños y perjuicios.

Establecido lo anterior, respecto a los requisitos de procedibilidad de la pretensión resolutoria o de cumplimiento, el autor venezolano Emilio Calvo Baca, (Ob. Cit.) pág. pág. 772, realiza el siguiente comentario:

La doctrina distingue diversas condiciones para la procedencia de la acción, a saber:

1°. Es necesario que se trate de un contrato bilateral. En ello no hay duda alguna. Sin embargo, esta condición plantea la cuestión de determinar si la acción resolutoria es aplicable a las demás convenciones de naturaleza sinalagmática y a los contratos sinalagmáticos imperfectos.

2°. Es necesario el incumplimiento culposo de la obligación por una de las partes.

Por lo que respecta al carácter culposo del incumplimiento de la obligación, ello es evidente, porque de lo contrario, si el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a las partes, se aplicarán las normas de la teoría de los riesgos y no las relativas a la resolución.

3°. Es necesario que la parte que intente la acción por resolución haya cumplido u ofrezca cumplir con su obligación, porque de no ofrecer cumplir con su obligación, no habrá lugar a la resolución. En este sentido, el artículo 141 del Código de Comercio establece la resolución de pleno derecho en la venta en favor de la parte que antes del vencimiento del contrato haya ofrecido a la otra parte, de la manera acostumbrada en el comercio, la entrega de la cosa vendida o el pago del precio, si ésta no cumple su obligación.

4°. Es necesario que el Juez declare la resolución.

La doctrina está de acuerdo en que la resolución no debe dejarse al arbitrio de las partes en el sentido de poseer la facultad de dar por terminado un contrato cuando consideren que la otra parte ha incumplido sus obligaciones.

Así las cosas, se desprende de la doctrina previamente citada que para que la resolución o cumplimiento del contrato sea procedente, es necesario que el contrato sea bilateral, y que la demandada haya a su vez incumplido con su prestación.

Establecido lo anterior, pasa esta Juzgadora a verificar si en el caso sub iudice se encuentran cumplidos los presupuestos antes explicados y, en tal sentido, se constata que, el contrato objeto de la presente controversia, se trata de un contrato bilateral, cuya existencia fue reconocida por ambas partes, por lo que constata esta Superioridad que, se encuentra satisfecho o cumplido el primer supuesto de procedencia, relativo a la existencia de un contrato bilateral. ASÍ SE DETERMINA.

Respecto al segundo requisito, referente al incumplimiento culposo del demandado verifica quien hoy decide que, el demandante

argumento en su libelo que informo a la empresa aseguradora (demandada), la ocurrencia del siniestro dentro del tiempo estipulado en la póliza, negándose la demandada a cumplir con sus obligaciones. En tal sentido, la demandada argumento en su escrito de observaciones presentado ante el Juzgado A-quo que, el demandante informo sobre la ocurrencia del siniestro fuera del lapso estipulado en la póliza, por lo que no estaba en la obligación de cubrir los gastos establecidos.

Establecido lo anterior, resulta menester para quien hoy decide traer a colación el contenido de la cláusula 9 de la póliza de seguros, la cual establece lo siguiente:

CLÁUSULA 9. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

Al ocurrir cualquier siniestro el Tomador, Asegurado o Beneficiario, salvo causa extraña no imputable, deberá: (Omissis)

2. Dar aviso al Asegurador dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que tuvieron conocimiento de su ocurrencia.

De la disposición contractual citada, se desprende que, el tomador o beneficiario de la póliza de seguro, en caso de ocurrir un siniestro esta en la obligación de notificar a la aseguradora en un lapso de 5 días hábiles, contados a partir del día siguiente de la fecha de ocurrencia del siniestro.

En tal sentido, de actas se desprende que el siniestro (robo del vehículo), ocurrió en fecha 27 de noviembre de 2018, por lo que de un simple computo realizado se verifica que el lapso previsto en la referida cláusula venció el día jueves 4 de diciembre de 2018; igualmente se evidencia de actas que el demandante notificó a la demandada de la ocurrencia del siniestro el día 3 de diciembre de 2018, es decir, el accionante cumplió con su obligación de informar a la demandada en tiempo hábil.

Asimismo, de actas se desprende que, el vehículo marca: toyota, año: 2015, clase: camioneta, serial de motor: 1GRB140016, modelo: 4RUNNER LIMITED, color: blanco, uso: particular, placa AG642VG,

objeto del siniestro (robo), se trata del mismo bien asegurado, razón por la cual, considera quien hoy decide que la parte demandada teniendo la obligación de pagar la cantidad de CINCUENTA Y CINCO MIL DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (USD 55.000,00), hasta la fecha no la ha cumplido, sin que haya demostración en actas que dicho incumplimiento sea producto de un caso fortuito o fuerza mayor, razón por la cual concluye esta superioridad que en la presente causa se encuentra cumplido el segundo de los presupuestos para la procedencia de la demanda de cumplimiento de contrato, referente al incumplimiento culposo del demandado. **ASÍ SE DETERMINA.**

Por los fundamentos anteriormente expuestos, dada la concurrencia de los presupuestos de procedibilidad de la demanda de cumplimiento, y en virtud que la demandada incumplió de forma culposa sus obligaciones, es por lo que esta Alzada, se ve en el deber de declarar como efectivamente lo hará en la parte dispositiva del presente fallo, **SIN LUGAR** el recurso de apelación ejercido en fecha 10 de febrero de 2023, por la representación judicial de la parte demandada, Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITAS, C.A., contra la sentencia de mérito No. 14, dictada en fecha 29 de noviembre de 2022, por el Juzgado Cuarto de Primera Instancia, en lo Civil, Mercantil y del Tránsito de la Circunscripción Judicial del estado Zulia; en consecuencia, se deberá **CONFIRMAR** el referido fallo, en el sentido de declarar **CON LUGAR** la demanda de cumplimiento de contrato incoada por el ciudadano MANUEL ALFREDO RUÍZ CHÁVEZ, contra la Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITAS, C.A., ambos previamente identificados en actas. **ASÍ SE DECIDE.**

VIII **DISPOSITIVA**

Por los fundamentos ut supra expuestos, este **JUZGADO SUPERIOR PRIMERO EN LO CIVIL, MERCANTIL, TRÁNSITO Y MARÍTIMO DE LA CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL DEL ESTADO ZULIA**, administrando Justicia en nombre de la República Bolivariana de Venezuela y por Autoridad de la Ley, **DECLARA:**

PRIMERO: IMPROCEDENTE la denuncia de inmotivación por silencio de pruebas, aducida por la representación judicial de la parte demandada.

SEGUNDO: SIN LUGAR el recurso de apelación ejercido por el profesional del Derecho MANUEL DE JESÚS RIVAS MORA, actuando con el carácter de apoderado judicial de la parte demandada, Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITAS, C.A., contra la sentencia de mérito No. 14, dictada en fecha 29 de noviembre de 2022, por el Juzgado Cuarto de Primera Instancia, en lo Civil, Mercantil y del Tránsito de la Circunscripción Judicial del estado Zulia.

TERCERO: SE CONFIRMA en todas sus partes, la sentencia de mérito No. 14, dictada en fecha 29 de noviembre de 2022, por el Juzgado Cuarto de Primera Instancia, en lo Civil, Mercantil y del Tránsito de la Circunscripción Judicial del estado Zulia, en el sentido de declarar CON LUGAR la demanda que por CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, incoare el ciudadano MANUEL ALFREDO RUÍZ CHAVEZ, contra la Sociedad Mercantil SEGUROS UNIVERSITAS C.A., ambos plenamente identificados en actas, y consecuencialmente, SE CONDENA a la parte demandada a pagar a la parte actora, la cantidad de CINCUENTA Y CINCO MIL DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS (USD 55.000,00).”

Ahora bien, en el presente caso la Sala observa que la juez superior objetivamente expresó la valoración tiene la prueba del informe dado por la empresa Detektor, ya que según el informe enviado por dicha empresa el cual indicó que al análisis de mapas GPS, realizado al vehículo marca: toyota, año: 2015, clase: camioneta, serial de motor: 1GRB140016, modelo: 4RUNNER LIMITED, color: blanco, uso: particular, no se obtuvo información por ante el dispositivo RF para las horas en las que ocurrió el siniestro, por lo cual se observa que el juzgado de alzada si valoro el informe enviado por la empresa Detektor, en su totalidad, no como lo señala la parte demandada en su escrito de formalización, por lo cual mal podría decirse que el estamos en presencia del vicio de silencio parcial de pruebas, es de recalcar que en la sentencia de alzada se dedica un capítulo completo al

silencio de pruebas delatado por el demandado en su escrito de informes. Es por ello que esta Sala insiste en la importancia de adminicular el examen del material probatorio promovido y evacuado en el expediente, y en este sentido, luego de una revisión íntegra de la sentencia se pudo constatar que del examen que hiciera la juez, si valoro íntegramente todas las pruebas traídas al proceso en especial el informe de la empresa Detektor, que denuncia la parte recurrente, ya que lo que se pudo determinar es que no está de acuerdo en cómo valoro dicha prueba.

De tal modo que contrario a lo delatado por el formalizante en su recurso de casación, esta Sala desestima la denuncia relativa a la infracción de los artículos 12, 508, 509 y 510 todos del Código de Procedimiento Civil, por considerar que la juez de alzada no incurrió en el vicio de silencio de pruebas. Así se establece.

• • • • •

2024



TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: 000255.

FECHA: 03 de mayo de 2024.

PARTES: Pedro Felipe Martín Padrón contra Sociedad Mercantil Hispana de Seguros, S.A.

.....

**TEMA: VALOR PROBATORIO DE LAS FACTURAS E
INFORMES MÉDICOS EMANADAS DE TERCEROS
PARA EL PAGO DEL SINIESTRO**

Máxima: en este tipo sui generis de juicios de cumplimiento de contrato de seguros, cabe advertir, que las facturas e informes médicos emanados de terceros, son intrínsecas al seguro, sin ellas no existe ni reclamación, ni aprobación de la compañía de seguros para indemnizar o excusarse, porque en ellas se basa la materia de seguros, por lo que, aunque emanan de terceros deben ser valoradas de conformidad con la sana crítica y en materia de seguros y no pueden ser desechadas como lo plantea la parte recurrente.

EXTRACTO:

De conformidad con lo previsto en el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el artículo 320 eiusdem se denunció en la recurrida la violación de los artículos 12, 15 y 431 eiusdem, así como el artículo 1.363 por falta aplicación.

Por vía de argumentación, el formalizante señala textualmente:

“...I

De la primera denuncia por errores de juzgamiento

2.1.1. Con respaldo en el motivo de casación consagrado en el artículo 313, ordinal 2º, del Código de Procedimiento Civil, en concordancia artículo 320 *eiusdem*, delato la infracción por la recurrida de los artículos 12, 15 y 431 del mismo Código (sic) Procesal (sic), que contiene normas que regulan el establecimiento de los hechos, y 1363 (sic) del Código Civil, que también contiene normas para la valoración de la prueba, todos por falta de aplicación, porque la recurrida equivocadamente le otorgó eficacia procesal a los documentos privados emanados de terceros que no son partes en el juicio ni causantes de las mismas, sin ser ratificados por dichos terceros mediante la prueba testimonial.

2.1.2. La sentenciadora de alzada cometió las infracciones denunciadas cuando incomprensiblemente resolvió lo que se copia de seguida:

16.- Promovió originales facturas N° 000017107 de fecha 16/08/2021 por la cantidad de Bs. 28.154.128,00; facturas N° 000091 al 03012 de fecha 20/06/2021 por la cantidad de Bs. 109.321.364,04; factura No 00000848 de fecha 04/08/2021 por la cantidad de Bs. 235.936.615,59; factura N° 00013721 de fecha 07/08/2021 por la cantidad de Bs. 92.105.590,74, consta al folio 87 factura ilegible; factura N° 000002996 de fecha 09/06/2021 por la cantidad de Bs. 156.121.504,34; factura N° 000004883 por la cantidad de Bs. 215.500.800,00; factura No 00013104 de fecha 01/07/2021 por la cantidad de Bs. 43.393.814,96.

17.- Promovió originales de facturas suscritas por el Instituto Docente de Urología a nombre del ciudadano Pedro Felipe Martín: factura 00020522, N° de control 00-021150 de fecha 30/08/2021 por la cantidad de Bs. 206.600.000,00; a las cuales se le adminiculan factura N° 00020599, N° de control 00-021221 de fecha 21/09/2021 por la cantidad de Bs. 196.950.000,00; factura N° 0000019029, control N° 00-168245 de fecha 02/09/2021 por la cantidad de Bs. 46.200.000,00; factura N° 0000019859, control N° 00-169048 de fecha 21/9/2021 por la cantidad de Bs. 63.000.000,00; factura N°

00000-18881, N° de control 00-168108 de fecha 30/08/2021 por la cantidad de Bs. 327.600.000,00; factura N° 0000018882, N° de control 00-168109 de fecha 30/08/2021 por la cantidad de Bs. 12.600.000,00; factura N° 0000018883, N° de control 00-168110 de fecha 30/08/2021 por la cantidad de Bs. 12.600.000,00; factura N° 0000018884, control N° 00-168111 de fecha 30/08/2021 por la cantidad de Bs. 193.200.000,00; factura N° 0000018900, control N° 00-168127 de fecha 30/08/2021 por la cantidad de Bs. 25.200.000,00; factura N° 0000018901, control N° 00-168128 de fecha 30/08/2021 por la cantidad de Bs. 155.400.000,00; factura N° 0000018969, control N° 00-168186 de fecha 01/09/2021 por la cantidad de Bs. 37.800.000,00; factura N° 0000018970, control N° 00-168197 de fecha 01/09/2021 por la cantidad de Bs. 33.600.000,00.

Los medios probatorios identificados con los números 16 y 17, por cuanto no fueron impugnados adquieren valor probatorio y su incidencia sobre el asunto será establecida más adelante. Así se determina. (Cfr. f. 12 y 13 de la recurrida).

2.1.3. La sosegada lectura de los párrafos antecedentes, ponen de manifiesto la cuestionable equivocación cometida por la recurrida al precipitadamente darle valor probatorio a las facturas originales emanadas de terceros que no son parte del juicio ni causantes de ellas, sin percatarse que dichos terceros no concurrieron al tribunal para ratificar el contenido de las identificadas facturas mediante la prueba testimonial, con cuyo pronunciamiento de la recurrida se hace más que evidente la infracción de los preceptos legales aquí denunciados. Pido así se resuelva.

De la diuturna y consolidada doctrina de casación sobre el particular

2.1.4. La jurisprudencia reiterada de esa Sala de Casación Civil sobre el importante requisito de la denuncia sobre normas que regulen el establecimiento de los hechos y la valoración de las pruebas, cuyo requisito ha sido cabalmente atendido y cumplido por la formalización, jurisprudencia que está contenida en la sentencia 240,

proferida por esa Sala de Casación Civil el 30 de abril del 2002, que en sus partes pertinentes se trasladará de seguida:

La doctrina reiterada de este Máximo Tribunal ha señalado la técnica necesaria para la formalización de este tipo de denuncias, señalando que la valoración de los medios probatorios producidos por las partes a los fines de determinar si la misma se encuentra o no ajustada a derecho, debe formalizarse como motivo de casación por infracción de la norma que rige el establecimiento de los hechos y, subsiguientemente, la valoración de la prueba en cuestión; norma ésta cuya infracción ha debido delatarse según lo pautado por el dispositivo contenido en el artículo 320 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el ordinal 2º del artículo 313 del mismo texto legal. (Cfr. Sala de Casación Civil. Sent. 240, de 30-04- 2002. Asunto: Arcadio Martínez Osuna, bajo la ponencia del magistrado emérito Antonio Ramírez Jiménez).

2.1.5. Esa Sala también tiene definido el ámbito de aplicación de las delaciones que versen sobre las diversas modalidades en que pueden expresarse los quebrantamientos de ley, y ha construido su atinada doctrina sobre el particular contenida en sus sentencias números 408 y 118, de 8 de junio de 2012 y 26 de febrero de 2014, respectivamente, que se copiarán de inmediato.

Asimismo, en torno a la técnica necesaria por parte del recurrente, en lo que respecta a las denuncias por infracción de ley, esta Sala puntualizó mediante sentencia N° 995, de fecha 12 de diciembre de 2006, (caso: Matadero Industrial Maracaibo C.A contra Raimundo Bartolomeo Pestana y otra), en el expediente N° 06- 381, lo siguiente:

((Omissis))

De igual forma, el legislador precisa las diversas modalidades en que puede manifestarse el quebrantamiento de ley, pues de conformidad con lo previsto en los artículos 313 ordinal 2º y 320 del Código de Procedimiento Civil, es admisible la siguiente clasifica-

ción: I. Error de derecho propiamente dicho, el cual se verifica en la interpretación y aplicación de las normas sustantivas o adjetivas para resolver el asunto debatido; II. Error de derecho al juzgar los hechos, que comprende a su vez la infracción de las normas que regulan: 2.1) el establecimiento de los hechos, 2.2) la apreciación de los hechos, 2.3) el establecimiento de las pruebas, y 2.4) la apreciación de las pruebas; Y, III. error de hecho juzgamiento de los hechos, que conducen percepción secuencia o de percepción en él a un error de derecho, que son los tres por vía de posición falsa previstos en el artículo 320 del Código de Procedimiento Civil: III.1) atribuir a un acta o instrumento del expediente menciones que no contiene, III.2) establecer hechos positivos y precisos con pruebas que no existen, y III.3) fijar hechos con pruebas inexactas.

En consonancia con ello, la Sala ha definido el ámbito de aplicación de cada una de las modalidades que comprenden el error de derecho en el juzgamiento de los hechos, y ha precisado que: 1°) las normas que regulan el establecimiento de los hechos, entre las cuales pueden ser mencionadas aquellas que niegan la posibilidad de fijar un determinado hecho, o aquellas que indican al juez qué medio de prueba debe emplear o está impedido de utilizar para fijar el hecho; 2°) las normas de valoración o apreciación de los hechos, son aquellas que a un conjunto de hechos les confieren una denominación o determinada calificación; 3°) las normas que regulan el establecimiento de las pruebas, son aquellas que consagran formalidades procesales para la promoción y evacuación de las pruebas; y, 4°) las normas que regulan la valoración de las pruebas, son aquellas que fijan una tarifa legal al valor probatorio de estas, o las que autorizan la aplicación de la sana crítica. (Cfr. Sala Civil. Sent. 408, de 26-6-2012; Asunto: Franklin Alberto Pineda Carvajal y ratificada por Sent. 118, de 26-02-2014; Asunto: César Abe Crisanto, ambas bajo la ponencia de la magistrada emérita Isbelia Pérez Velásquez.)

2.1.6. Al aplicar al caso de especie la persuasiva doctrina de esa Sala de Casación Civil sobre la manera apropiada de formalizar la

delación de los artículos 431 del Código de Procedimiento Civil y 1363 (sic) del Código Civil, por falta de aplicación, -se itera- que en la presente denuncia se han cumplido las claras exigencias de esa Sala sobre este asunto, al punto que ha servido para patentizar la equivocación de la recurrida al haberle atribuido valor probatorio a las facturas originales provenientes de terceros, sin que ellos las hubiesen ratificado mediante la prueba testimonial, con lo cual se pone de manifiesto las infracciones de los artículos 431 del Código de Procedimiento Civil, y 1363 (sic) del Código Civil. Pido así se resuelva.

De las normas que la recurrida debió aplicar y no aplicó para resolver la controversia y de la relación de causalidad entre las infracciones denunciadas y lo dispositivo del fallo atacado.

2.1.7. De conformidad con el artículo 317, ordinal 4º, del Código de Procedimiento Civil, cumpla con la carga procesal de señalar que las normas que la recurrida debió aplicar y no aplicó para resolver la controversia son los artículos 12, 15 y 431 del Código de Procedimiento Civil y 1.363 del Código Civil, lo que ocasionó la vulneración de los principios que gobiernan el establecimiento de los hechos y la subsiguiente valoración de la prueba.

2.1.8. Del mismo modo atiendo la carga procesal que me impone el artículo 313, parte in fine, del Código de Procedimiento Civil, de señalar que las infracciones denunciadas resultaron determinantes del dispositivo del fallo atacado, porque si la recurrida hubiese advertido sobre la necesidad impostergable de la ratificación de los terceros de los originales de las facturas producidas por la parte demandante, jamás hubiese cometido la equivocación de atribuirle valor probatorio, aunque lo más grave fue que la recurrida se valió de esas facturas desprovistas de todo valor probatorio para estimar el monto de la condena y, por vía de consecuencia, declarar con lugar la pretensión deducida en este proceso”.

Para decidir, la Sala observa:

Alega el recurrente, que el juez superior le otorgó valor probatorio a facturas o documentos emanados de terceros sin haber sido ratificados por los terceros, razón por la cual incurre en falta de aplicación de los artículos 12, 15 y 431 del Código de Procedimiento Civil, que contiene normas que regulan el establecimiento de los hechos, y 1.363 del Código Civil, dichas documentales se encuentran en los numerales 16 y 17 en la valoración de las pruebas de la parte demandante dentro de la sentencia recurrida.

Debe la Sala reiterar que el recurso extraordinario de casación, por su naturaleza -se repite- extraordinaria, es considerado una demanda formal de nulidad, ejercida contra la sentencia de un juez de última instancia, en la cual, el recurrente se dirige a los Magistrados de la Sala, con la finalidad de que estos declaren la nulidad de la misma.

De igual forma es de señalar que la Sala ha indicado en reiteradas oportunidades que se deben rechazar las formalizaciones que entremezclen denuncias o estas sean del todo exiguas o que no contengan la base legal requerida, dado que tal modo de formalización es contrario a la técnica que se debe observar en la redacción de la formalización de un recurso extraordinario de casación y que como es sabido, “es una carga impuesta al recurrente, que de ser incumplida por este, (...) no puede ser asumida por la Sala”. (Ver sentencia de esta Sala N° 534, del 21 de noviembre de 2011, caso: Tze Shang Chen de Szetu y otros, contra Eduardo Enrique Muñoz Monterroza).

En el sub iudice, la Sala tuvo que transcribir de forma íntegra lo que la parte demandada recurrente plasmó en la presente denuncia, para que pueda quedar evidenciado que el mismo carece de la más mínima técnica en la fundamentación, pues denuncia falta de aplicación, pero no explica, no especifica en qué forma, ni cómo se dejaron de aplicar o cómo debieron aplicarse los articulados denunciados por falta de aplicación.

Sin embargo, la Sala acude a la flexibilización para resolver al justiciable

su inquietud de conformidad con los artículos 26 y 257 constitucionales. En este tipo *sui generis* de juicios de cumplimiento de contrato de seguros, cabe advertir, que las facturas e informes médicos emanados de terceros, que, tanto en el presente caso, como en cualquiera referido a los seguros, dichas pruebas son intrínsecas al seguro, sin ellas no existe ni reclamación, ni aprobación de la compañía de seguros para indemnizar o excusarse, porque en ellas se basa la materia de seguros, por lo que, aunque emanan de terceros deben ser valoradas de conformidad con la sana crítica y en materia de seguros y no pueden ser desechadas como lo plantea la parte recurrente.

Ahora bien, en relación con la falta de aplicación del artículo 12 del Código de Procedimiento Civil también delatado en la presente denuncia esta Sala en innumerables oportunidades ha definido el vicio de falta de aplicación como “Cuando se le niegue la aplicación a una norma que estaba vigente para la fecha en que se produjo el acto cuya nulidad se solicita, porque esta, aún cuando regula un determinado supuesto de hecho, el juez la considera inexistente, o por desconocimiento de su contenido, o porque presume que no se encontraba vigente, aun cuando ella estuviese promulgada o no hubiese sido derogada”. (Vid. Sentencias N° 290, del 5-6-2013. Exp. N° 2012-697; N° 092, del 15-3-2017. Exp. N° 2016-508; y N° 359, del 20-7-2018. Exp. N° 2017-398).

La falta de aplicación de una norma jurídica, ocurre cuando el juez deja de utilizar una regla legal determinada para resolver la controversia, es decir, no utiliza la norma apropiada para resolver lo que debaten las partes y de haberlo hecho cambiaría radicalmente el dispositivo de la sentencia. (Sentencia SCC N° 501 del 28 de julio de 2008).

Asimismo, esta Sala se ha pronunciado de manera reiterada, al señalar que: “si la denuncia está referida al vicio de falta de aplicación de una norma jurídica, es porque esta, aun cuando regula un determinado supuesto de hecho, se niega su aplicación en el derecho, bien porque el juez la considera inexistente, o por desconocimiento de su contenido, o

porque presume que no se encontraba vigente, aun cuando ella estuviese promulgada o no hubiese sido derogada. Esta omisión conduce a la violación directa de la norma, pues, bajo este supuesto, la situación sometida a conocimiento, ha debido ser decidida de conformidad con el precepto legal que efectivamente planteaba la solución y que el juez respectivo no aplicó”. (Sentencia N° 132, de fecha 1 de marzo de 2012, caso *Eli Lilly And Company*, contra *Laboratorios Leti S.A.V.* y otros citada en sentencia N° 290, de fecha 5 de junio de 2013, caso: *Blanca Bibiana Gámez*, contra *Herederos desconocidos de José Ramón Vivas Rojas* y otras y ratificada en sentencia N° 092, de fecha 15 de marzo de 2017, caso: *Zully Alejandra Fariás Rojas*, contra *Enilse Matilde Rodríguez González*).

En este orden, a los fines de verificar si efectivamente la recurrida aplicó o no la referida normativa denunciada se da por reproducido la transcripción de la parte pertinente de la sentencia y de la misma se puede observar que efectivamente el juez de la recurrida aplicó correctamente el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil a los fines de realizar la interpretación del contrato objeto del presente asunto, cuando expresamente dedujo:

“De igual manera, con relación al reembolso peticionado por los eventos de salud suscitados al tomador de la póliza (demandante) -los cuales fueron respaldados con facturas distinguidas con los números del 11 al 17 en el material probatorio valorado-; esta sentenciadora atendiendo a lo previsto en el ordinal 2 del artículo 4 de las Normas que Regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora, el cual refiere: En caso de duda, se aplicará la analogía, y cuando no sea posible aplicarla, el intérprete recurrirá a la costumbre, observa, que si bien las facturas antes mencionadas y supra identificadas fueron impugnadas por la empresa aseguradora, es uso y costumbre del mercado asegurador venezolano verificar a través de llamada telefónica la veracidad de las facturas que se les presenten para su reembolso, por tal motivo, se estima que dichos elementos probatorios tienen pleno valor, por cuanto -se reitera-

que si bien es cierto que la aseguradora autorizó el pago del reembolso identificado con el literal M-4 muy bien pudieron verificar y autorizar el pago de lo petitionado al quedar evidenciado que no hubo exclusión de la patología que generó los gastos de salud. En consecuencia, forzoso es para quien juzga declarar la procedencia los pagos de las facturas antes citadas ya que como se dijo se recurre a la costumbre y no debemos olvidar que ésta hace la ley. Así se determina.

Lo antes determinado, está sustentado en el contrato suscrito entre las partes; en las CONDICIONES PARTICULARES - CLÁUSULA 2. GASTOS CUBIERTOS que establece:

Queda entendido que el Asegurador (sic) cubre el ciento por ciento (100%) de los gastos amparados ocasionados durante la vigencia del contrato, sujeto al costo razonable, en exceso del deducible, si lo hubiere, y hasta la suma asegurada contratada. La suma asegurada y el deducible de cada asegurado serán aplicados por enfermedad o accidente y vigencia del contrato.

Asimismo, en la CLAUSULA (sic) 8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA señala: “Si cualquiera requiere la prestación de servicios garantizados por esta póliza, se tomará en cuenta lo siguiente:

1. El Tomador (sic), el Asegurado (sic) o el Beneficiario (sic) podrá, solicitar el reembolso de los gastos incurridos. El Asegurador (sic) pagará la indemnización al Asegurado (sic) Titular (sic) con base en los documentos originales de: las certificaciones médicas, informaciones del proveedor del servicio, facturas, récipes con indicación médica concernientes a los productos y/o servicios expresamente cubiertos por esta Póliza (sic) y dispensados al Asegurado (sic), que cumplan con las exigencias legales. Si otra empresa de la actividad aseguradora hubiere pagado parte de los gastos incurridos por el Asegurado (sic), deben entregarse al Asegurador (sic) el finiquito y las facturas indemnizadas, con el sello correspondiente”.

En consecuencia la recurrida al haber aplicado, la normativa relativa e inherente a los seguros, no incurrió en el vicio de falta de aplicación, tal como corresponde según el artículo 12, 15 y 431 del Código de Procedimiento Civil, y el artículo 1.363 del Código Civil, porque mal podría atribuírsele el vicio de falsa aplicación de estas normas que en forma supletoria lo establecía el contrato o póliza de seguros, ya que al haber presentado contra reembolso las facturas e informes médicos de terceros, la empresa de seguros debió en su momento, tal como lo dijo el juez superior, verificar la autenticidad de todas las documentales, por lo que la presente denuncia, se declara improcedente. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: 000263.

FECHA: 03 de mayo de 2024.

PARTES: Sociedad Mercantil Multiservicios Grand Prix, C.A. contra Sociedad Mercantil Seguros Guayana, C.A.

.....

TEMA: CADUCIDAD LEGAL EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: la denominada caducidad de origen legal, entendiéndose la extinción de un derecho y, por ende de la acción judicial para reclamarlo por el transcurso del lapso establecido en la ley. La caducidad legal es de orden público, y podrá ser declarada aún de oficio por el juez. De conformidad con el artículo 55 del Decreto número 1.505 con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, del 30 de octubre de 2001, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela número 5.553, Extraordinario, del 12 de noviembre de 2001, el lapso de caducidad con que cuenta el tomador, ase-

gurado o el beneficiario para ejercer la acción judicial contra la aseguradora, a los fines de reclamar el cumplimiento de la prestación o pago de la indemnización por la ocurrencia de un siniestro, es de doce (12) meses y empieza a transcurrir a partir del rechazo de cualquier reclamación.

EXTRACTO:

Con fundamento en el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el artículo 320 eiusdem, el formalizante delata la infracción del artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguros, por errónea interpretación. Para fundamentar su delación, la recurrente expresó lo que sigue:

“El tribunal ad quem declaró la caducidad sobre la base de lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguros determinando que entre la fecha del rechazo del pago del siniestro y la fecha en que nuestra representada propuso la demanda había transcurrido en exceso el lapso de un año previsto en el mentado dispositivo legal.

El caso es que el artículo 55, prevé un plazo de 12 meses contados a partir de la fecha del rechazo de cualquier reclamación para que el asegurado, el tomador o el beneficiario ejerza cualesquiera de estos tres mecanismos en procura de hacer efectivo su derecho: 1) demandar judicialmente a la empresa de seguros; 2) acordar con esta someterse a arbitraje; o 3) SOLICITAR EL SOMETIMIENTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

Significa esto, que la autoridad judicial o mejor dicho EL JUEZ QUE DEBA RESOLVER LA DEFENSA DE CADUCIDAD DEBE INQUIRIR SI EN EL EXPEDIENTE CURSAN MEDIOS DE PRUEBA QUE ACREDITEN EL EJERCICIO DE CUALESQUIERA DE ESOS TRES MECANISMOS, los cuales son idóneos para impedir o evitar la caducidad de la acción. De modo que, si el asegurado, tomador o beneficiario

optan por acudir ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (SUDEASEG) para reclamar contra el rechazo del pago del siniestro con este proceder estará impidiendo la caducidad ya que este mecanismo (someter el conflicto a esta autoridad reguladora) se enmarca dentro de las atribuciones de la Superintendencia prevista en los artículos 6 ordinal 2° del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora (proteger los derechos e intereses de los tomadores, asegurados, beneficiarios o contratantes) y el artículo 8 numeral 42 del mismo texto legal (Ordenar el pago por concepto de siniestros, prestaciones y servicios, previo procedimiento administrativo correspondiente).

En las actas del expediente consta mediante pruebas fehacientes que ese mismo día 1 de junio de 2005, fecha en la cual ocurrió el siniestro (folios 21 al 25 de la 1era pieza) la asegurada le notificó y reclamó dicho evento a la aseguradora, lo cual demuestra su oportuna diligencia durante todo el periplo de reclamo, pero por el contrario, Seguros Guayana se dio el lujo de rechazar ese reclamo el día 12 de junio de 2006 (folio 26 de la 1era pieza), es decir, doscientos cuatro (204) días después, esto es transcurrido más de un año de ocurrido el siniestro y del respectivo reclamo, y también se evidencia de los autos de que antes que transcurriera el plazo de un año de la fecha del rechazo de la reclamación la asegurada acudió ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para pedir que este ente regulador en ejercicio de su atribución de la protección de los derechos de los asegurados, tomadores y beneficiarios, ordenase el pago de la indemnización del siniestro reclamado por la pérdida del bien asegurado.

Cabe destacar, que en el contrato de seguros, la compañía aseguradora tiene la obligación de pagar el siniestro, pero si considera que existe una causa que la exima de cumplir esa obligación debe comunicarlo al tomador de manera perentoria y expresa, tal cual lo ordena el artículo 21 la Ley del Contrato de Seguros que pone en cabeza de la aseguradora la 'obligación de notificar por escrito debidamente motivado' las causas de hecho y de derecho que justifican

el rechazo del pago del siniestro, cuestión que no cumplió Seguros Guayana. Este rechazo además no puede ser genérico y así también lo indica expresamente el artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora y lo considera además como un caso de elusión que es sancionado con responsabilidad administrativa, como así efectivamente, fue sancionada por este siniestro la parte demandada Seguros Guayana por parte de la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS de la República Bolivariana de Venezuela.

Es de capital importancia, recordar que la presente demanda se trata del cumplimiento de un contrato con póliza de seguro sobre un SINIESTRO ocurrido el día primero (1) de junio del año 2.005, es decir, que hasta la presente fecha alcanza más de DIECIOCHO (18) AÑOS y aún la empresa aseguradora, vale decir, SEGUROS GUAYANA, C.A., sigue evadiendo su responsabilidad, no obstante, a que el Ente competente de la República Bolivariana de Venezuela, es decir, la SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA, la ha sancionado en dos (2) oportunidades por este mismo caso debido a la ELUSIÓN evidente y grosera, incurriendo además en una irreverente rebeldía y en flagrante irrespeto no sólo a mi representada como beneficiaria, asegurada y usuaria, sino también, a la misma República por intermedio de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, y es que hasta la presente fecha la empresa SEGUROS GUAYANA, se niega a reconocer los derechos de mí representada como usuaria (beneficiaria) Y PAGADORA DE LA PÓLIZA, sometién-dola a todo un proceso de vicisitudes (sic) y obstáculos para gestionar el reclamo, lo cual le ha generado toda una serie de gravámenes económicos y es que además la máquina siniestrada constituye una herramienta vital de trabajo y producción para el beneficio de sus clientes y la prosperidad del negocio.

Cabe destacar, que tal como se evidencia de los folios 21 al 25 de la primera pieza de este expediente el SINIESTRO fue reportado, el mismo día que ocurrió, vale decir, el primero (1) de junio del año 2.005, a la empresa SEGUROS GUAYANA, C.A., y además, se le entregó oportunamente toda la documentación y requisitos exigidos

por la misma, de lo cual se colige que mi representada ha gestionado y cumplido con todos los mecanismos y vías administrativas y además, ha utilizado los medios alternativos de resolución de conflictos, pero lo alarmante es que fue en fecha doce (12) de junio de 2006 (folio 26 de la primera pieza), vale decir, DOSCIENTOS CUATRO (204) DÍAS DESPUÉS DEL SINIESTRO, esto es, MÁS DE UN AÑO, cuando de manera insólita e injustificada la empresa aseguradora RECHAZA EL SINIESTRO, desacatando y contraviniendo normas expresas y de estricto orden público de nuestra legislación venezolana, establecidas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, leyes especiales que rigen la materia, el Decreto con Fuerza y Rango de Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y su Reglamento General y el Decreto con Fuerza y Rango de Ley del Contrato de Seguros, y es que obviamente, dar respuesta al reclamo después de más de un (1) año de transcurrido el siniestro, es un tiempo inconstitucional, ilegal, intolerable y por demás inaceptable, dada la gravedad del siniestro y lo que subyace es una grave irregularidad que interesa al orden público y colectivo y atenta contra la paz social, Y QUE MATERIALIZA ADEMÁS UNA ACCIÓN CAPITALISTA EN EL ÁREA DE SEGUROS, y de permitirse tal anomalía o de avalar este tipo de irregularidades nadie aseguraría sus bienes dado lo infructuoso y difícil de reclamar un siniestro, sobre todo tratándose de una empresa que tiene una reiterada y sistemática propaganda, publicitándose en todos los medios de comunicación como atenuadora y solucionadora de siniestros en materia de seguros en Venezuela.

En el expediente constan reiteradas comunicaciones de la asegurada a la aseguradora exigiéndole conciliatoriamente el cumplimiento no solo después de ocurrido del siniestro, sino después de que Seguros Guayana rechazó el pago en fecha 12 de junio de 2006 (204 días después del siniestro), y consta también como prueba en el expediente que en fecha 16 de marzo de 2007 la asegurada dirigió comunicación a Seguros Guayana, mediante la cual le notifica la consulta presentada por el ajustador de pérdidas y LA

CORRESPONDIENTE RESPUESTA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS CON RESPECTO AL CASO PLANTEADO, pero la respuesta de Seguros Guayana fue continuar con el rechazo y notificando además que su comunicación del 12 de junio de 2006 era concluyente, argumentando que el siniestro no tenía cobertura.

Ciudadanos Magistrados, vista la negativa e intransigencia manifiesta de parte de Seguros Guayana, mi representada, la asegurada, decidió continuar y someterse además al procedimiento en la vía administrativa y a la decisión de la autoridad competente, vale decir, la Superintendencia de Seguros, conforme a lo establecido en el artículo 55 de la Ley de Seguros, y es finalmente en fecha 05 de febrero del 2009, cuando mediante Oficio Nro. FSS-2-2-000466 (folios 39 al 77/ 86 al 118 de la 1era pieza), la Superintendencia (SUDEASEG), previa averiguación administrativa y una vez analizados los hechos comprobó la infracción por parte de la mencionada aseguradora, en los términos siguientes:

(Omissis)

En fecha 05 de febrero de 2.009, la empresa C.A. SEGUROS GUAYANA, presenta RECURSO DE RECONSIDERACIÓN, solicitando a la Superintendencia la nulidad absoluta del acto administrativo contenido en la Providencia Administrativa Nro. FSS-2-2-000466 de fecha 05 de febrero de 2.008, recurso este que fue recibido en la Superintendencia el 11 de marzo de 2.009, al cual se le asignó numeración interna 0003546.

Tal como constan en las copias certificadas de la PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA cursante a los folios 239 al 249 de la 3era pieza, en fecha 26 de agosto de 2.009, mediante Oficio Nro. FSS-2-2-002686, la Superintendencia de Seguros (SUDEASEG), decide finalmente lo siguiente:

(Omissis)

Ahora bien, a pesar de estos antecedentes administrativos y pruebas fehacientes que cursan en los autos y que fueron invocados y pro-

movidos a favor de la asegurada demandante, como por ejemplo la decisión definitiva de fecha 26 de agosto de 2.009 por la autoridad competente como lo es la Superintendencia de Seguros, aun así la recurrida interpreta erróneamente el artículo 55 del Decreto con fuerza de Ley de Contrato de Seguros y declara la caducidad legal que además no fue alegada por la parte demandada como defensa perentoria, en su contestación de la demanda.

Ahora bien, tal como se evidencia de los autos del expediente, la demanda fue presentada el 15 de diciembre de 2009, vale decir, TRES (3) MESES DESPUÉS del sometimiento a la autoridad competente, es decir, QUE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DICTARA SU DECISIÓN DEFINITIVA EN LA CONTROVERSIA Y QUE OBVIAMENTE SE AGOTARA ESA VÍA ADMINISTRATIVA ante esa autoridad competente, lo cual demuestra que LA ACCIÓN SE EJERCIÓ TEMPESTIVAMENTE ANTES QUE TRANSCURRIERA EL LAPSO DE CADUCIDAD PREVISTO EN LA LEY, EL CUAL DEBE COMPUTARSE A PARTIR DE LA DECISIÓN DEFINITIVA DE LA AUTORIDAD COMPETENTE EN VÍA ADMINISTRATIVA, A LA CUAL AMBAS PARTES SE SOMETIERON, y por ende no se consumó tal caducidad.

En este sentido, cabe resaltar, la sentencia N° 00199 de fecha 23 de marzo de 2023 de la Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia, que doctrinó que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (SUDEASEG) debe actuar dentro de sus competencias y debe hacer cumplir sus decisiones, y además ratificó la sentencia N° 00547 del 6 de octubre de 2022, en los términos siguientes:

“actos que gozan de los principio de ejecutividad y ejecutoriedad, que por aplicación de los mismos y en ejercicio de la potestad de autotutela de la Administración, puede por sí sola realizar todas las actuaciones materiales tendentes a obligar o constreñir a los particulares a cumplir con sus actos o providencias, a cuyo fin cuenta con mecanismos expresamente previstos en la ley para ejecutar forzosamente sus decisiones, tal y como ha sido analizado por esta

máxima instancia en sentencia Nro. 00547 de fecha 6 de octubre de 2022.

En virtud de lo anterior y visto el análisis de la sentencia objeto del presente recurso, vemos que el Tribunal se pronunció en función de señalar que la Superintendente de la Actividad Aseguradora (SUDEASEG), debe actuar dentro de sus competencias y hacer cumplir las obligaciones que tienen las empresas de seguro con los ciudadanos, petición central de la demandante con el recurso por abstención. Así se decide.

Ciudadanos Magistrados, mi representada, al acudir y someter la controversia al conocimiento de la autoridad competente, vale decir, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (SUDEASEG), tenía la confianza legítima y la buena fe de esperar las results de la autoridad competente administrativa y confiar en las facultades y atribuciones para hacer cumplir sus decisiones. Esta confianza legítima, también conocida como expectativa justificada, alude a la situación de un sujeto dotado de una expectativa justificada de obtener de otro (vgr. de un ente público de cualquiera de las esferas de los Poderes Públicos, esto es, Ejecutivo, Legislativo o Judicial) una prestación, o una declaración favorable a sus intereses, derivada de la conducta de este último, en el sentido de fomentar tal expectativa.

Debemos insistir, en que en el principio de la confianza legítima subyace el principio de la buena fe y la seguridad jurídica. En efecto, la doctrina más calificada ha reconocido que el principio de la buena fe se encuentra indisolublemente ligado a los principios de la expectativa o confianza legítima y de la seguridad jurídica, partiendo de la premisa de que el concepto de seguridad jurídica, no es otra cosa que la garantía que poseen los particulares según la cual los órganos del Estado -en este caso el Poder Judicial- aplicarán la ley de un modo determinado.

Así las cosas, la jueza ad quem incurrió en una errónea interpretación del artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguros cuando

interpretó que el único mecanismo idóneo para impedir la caducidad es el ejercicio de una acción ante los tribunales de la República. Lo cierto es, que independientemente de que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora en ese entonces se hubiera limitado a sancionar a la compañía de seguros, por incurrir en el supuesto de elusión, todo esto ha de interpretarse en sentido favorable al tomador, asegurado o beneficiario, además de que la interposición de la queja, denuncia o reclamo en contra del rechazo de Seguros Guayana, ante la Autoridad competente, vale decir, ante la Superintendencia de Seguros es suficiente para impedir la caducidad. y muy especialmente en un Estado democrático, social de derecho y de justicia como esta República Bolivariana de Venezuela.

Ciudadanos Magistrados, sin lugar a ninguna duda, se encuentra fehacientemente demostrado en este proceso que ambas partes se sometieron a la Autoridad Competente, es decir, sometieron su conflicto ante la Superintendencia de Seguros, al extremo de que la aseguradora Seguros Guayana ejerció el sagrado derecho a la defensa e hizo uso de los recursos pertinentes, RAZÓN POR LA CUAL NO OPERA LA CADUCIDAD LEGAL DECRETADA CON BASE A LA NORMA ERRÓNEAMENTE INTERPRETADA POR LA JUEZ SUPERIOR.

Ahora bien, si analizáramos con justicia una situación hipotética como esta, donde están involucrado los derechos del débil económico como lo es el asegurado frente a una empresa aseguradora, como Seguros Guayana, C.A., para decidir hay que tomar en cuenta los principios tuitivos del orden público, como el indubio pro defensa, el indubio pro actione, el indubio pro homine y especialmente el principio de buena fe, y para ello deben considerarse previamente las siguientes interrogantes: ¿Ocurrió el Siniestro o no?, ¿el bien siniestrado está amparado o no por una póliza?, ¿la aseguradora con ocasión al siniestro debe responder o no con ocasión a ese siniestro?, ¿para que se toma una póliza de seguro?, ¿para que se paga una póliza de seguro?, para que se asegura un bien?, ¿en un caso como este no estaríamos en presencia de un enriquecimiento

sin causa?, ¿Sería un acto de justicia declarar sin lugar una demanda en un caso como este por una duda como la de la caducidad?, ¿cómo es posible que la aseguradora Seguros Guayana se diera el lujo y tardara más de un año para responder y rechazar el reclamo de la asegurada, pero no hay sanción para ella?, ¿Cómo es posible que la asegurada es sancionada con una fatal caducidad cuando reportó el siniestro (sic) el mismo día en que ocurrió y además sometió la controversia ante la autoridad administrativa competente?, ¿en el derecho se castiga la diligencia o la negligencia?, ¿en un caso como este la duda a quien favorece?, ¿Quién es el débil económico en un caso como este?, ¿Seguros Guayana o el beneficiario que además pagó la póliza?, ¿Cómo es posible que en la vía administrativa la Superintendencia de Seguro se pronunció al respecto y hasta sancionó a Seguros Guayana por este siniestro y que un Tribunal en vía jurisdiccional pudiera declarar sin lugar una demanda por el mismo siniestro?, ¿no se estaría premiando una conducta ilícita?, ¿el derecho ampara el acto lícito o el ilícito?, ¿no se estaría estimulando un acto ilícito?, ¿no se estaría estimulando o favoreciendo un enriquecimiento sin causa?.

En este sentido, nos permitimos invocar la aplicación de la Jurisprudencia de la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia de fecha 30 de marzo de 2012 (caso EDGAR MANUEL AMARO en recurso de revisión), en la cual se doctrinó lo siguiente:

“PUES TAL POSICIÓN CONDUCIRÍA AL JUZGADOR A UNA INTERPRETACIÓN ABSURDA NO PERMITIDA POR LA METODOLOGÍA INTERPRETATIVA DE LA LEY, ACTOS O CONTRATOS. NO ES POSIBLE QUE QUIEN SE COLOQUE AL MARGEN DE LA LEGALIDAD PUEDA A SU VEZ BENEFICIARSE DE TAL ILEGALIDAD. ESTARÍAN EL DERECHO Y LA LEGISLACIÓN PREMIANDO UNA CONDUCTA ILÍCITA CON UN ACTO LÍCITO. ESTO ES INACEPTABLE EN TODA LA TEORÍA DEL DERECHO, PORQUE EL DERECHO, COMO SE DIJO, AMPARA EL ACTO LÍCITO, NO EL ILÍCITO, SINO PARA REGULAR LAS CONSECUENCIAS QUE TAL CONDUCTA APAREJA (EX EO NON DEBET QUIS fructum consequi quod nusus extitit impugnare: “NA-

DIE DEBE CONSEGUIR UN LUCRO DE AQUELLO MISMO QUE SE ESFORZÓ POR COMBATIR. Bonifacio. Reglas VII)". (Las negritas, mayúsculas y el subrayado nuestro).

En igual sentido, debemos invocar y hacer valer también la aplicación en esta demanda de la doctrina vinculante plasmada en la SENTENCIA N° 683 DEL 12 DE JUNIO DE 2014 de la SALA CONSTITUCIONAL en la cual doctrinó con carácter vinculante que LOS JUECES DEBEN EVITAR QUE EL SISTEMA DE JUSTICIA SEA SORPRENDIDO EN SU BUENA FE, y además invocan CON FUNDAMENTO EN EL CONVENIO DE LA HAYA, POR APLICACIÓN DEL PRINCIPIO NEMO AUDITUR PROPIAM TURPITUDINEM ALLEGANS, SEGÚN EL CUAL NADIE PUEDE OBTENER PROVECHO DE SU PROPIA CULPA.

De un simple análisis de estas dos sentencias resaltadas, se concluye que no puede ser posible y menos aún puede permitirse que una empresa aseguradora como SEGUROS GUAYANA, la cual ha sido sancionada por este mismo hecho (sinistro) por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (Órgano del Estado Venezolano y regulador de la Actividad Aseguradora en Venezuela), y que además se ha colocado con esta conducta al margen de la legalidad, PUEDA A SU VEZ BENEFICIARSE DE TAL ILEGALIDAD; y además constituiría un absurdo como lo define la misma Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia en la invocada Jurisprudencia que una empresa como Seguros Guayana PUEDA CONSEGUIR UN LUCRO EN UN CASO COMO ESTE DE INTERÉS SOCIAL Y DE EXTREMADA INJUSTICIA, con el agravante de obtener un evidente enriquecimiento sin causa. Estarían entonces, el derecho y la legislación premiando una conducta ilícita con un acto lícito y esto es inaceptable en toda la teoría del derecho, porque el derecho, como se dijo, ampara el acto lícito, no el ilícito, y se erige para regular las consecuencias que tal conducta apareja (ex eo non debet quis fructum consequi quod nusus extitit impugnare) y nadie debe conseguir un lucro de aquello mismo que se esforzó por combatir ASÍ COMO TAMPOCO PUEDE OBTENER PROVECHO DE SU PROPIA CULPA, como está ocurriendo con la empresa SEGUROS GUAYANA, y como

está claramente definido por las citadas jurisprudencias.

Así las cosas ciudadanos Magistrados, y tomando en cuenta la actitud maliciosa y contumaz de la empresa SEGUROS GUAYANA, estamos en presencia y se trata de UNA GRAVE IRREGULARIDAD QUE INTERESA AL ORDEN PÚBLICO Y COLECTIVO Y ATENTA CONTRA LA PAZ SOCIAL, y que materializa una acción capitalista en el área de seguros, pues DE PERMITIRSE TAL ANOMALÍA NADIE ASEGURARÍA SUS BIENES DADO LO INFRUCTUOSO Y DIFÍCIL DE RECLAMAR UN SINIESTRO, sobre todo tratándose de una empresa que tiene una reiterada y sistemática propaganda publicitándose en todos medios de comunicación como atenuadora y solucionadora de siniestros en materia de seguros en Venezuela.

Ciudadanos Magistrados, este caso repito INTERESA AL ORDEN PÚBLICO Y COLECTIVO Y ATENTA CONTRA LA PAZ SOCIAL, pues estos seguros confunden y sorprenden la buena fe del usuario, quienes al ver tanta promoción y propagandas compran una póliza de seguro, presumiendo la buena fe de este tipo de empresas, que a la final lo que hacen es burlarse de los usuarios, como ha ocurrido en el caso particular de mi representada, en el cual se le lesionan además sus derechos constitucionales a la CONFIANZA LEGÍTIMA Y SEGURIDAD JURÍDICA, con el agravante de que esta irregularidad le está generando una GRAVE PERDIDA ECONÓMICA, pues del siniestro del bien asegurado han transcurrido más de dieciocho (18) años, y el bien asegurado ya tiene una pérdida total, y adquirir uno del mismo modelo ya supera con creces el precio de cobertura que ampara a dicho bien, debido a los índices inflacionarios y la corrección monetaria.

Así las cosas, la infracción delatada y referida a la errónea interpretación es determinante del dispositivo del fallo impugnado. En efecto, si el Tribunal ad quem le hubiese dado el verdadero sentido y observado rigurosamente el artículo 55 de la Ley de Seguros vigente para el momento del siniestro, habría concluido que no había tal caducidad y otro hubiera sido el dispositivo del fallo. Como

lógica consecuencia de lo anterior, la solución que se pretende, es la nulidad del fallo recurrido, en atención al vicio anteriormente delatado y se dicte uno nuevo con todos los pronunciamientos de ley para dar cumplimiento cabal a lo previsto en el artículo 243 del Código de Procedimiento Civil”. (Cursivas de la Sala, demás resaltado del texto).

Delata el formalizante que la juzgadora de alzada erró en la interpretación del artículo 55 de Ley del Contrato de Seguro, pues debió considerar que el lapso de caducidad dispuesto en la referida norma inició desde el día de culminación del procedimiento administrativo sustanciado y decidido por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Para decidir, la Sala observa:

El error de interpretación de una norma se produce específicamente en la labor de juzgamiento de la controversia, especialmente por la falta que puede cometer el juez al determinar el contenido y alcance de una regla que fue correctamente elegida y aplicada para solucionar el conflicto surgido entre las partes, bien sea en la hipótesis abstracta prevista en la norma, o en la determinación de sus consecuencias jurídicas, esto es, cuando no atribuye a la norma su verdadero sentido, haciendo derivar de ella consecuencias que no concuerdan con su contenido (ver sentencia número 262, del 18 de mayo de 2009, caso: Manuel Vicente Navas Pietri contra Renacer, C.A.).

En ese sentido, a los fines de dilucidar lo delatado por el formalizante, esta Sala encuentra necesario observar lo pertinente de la recurrida, la cual fue transcrita en el presente fallo y se da por reproducida en la presente denuncia.

De la recurrida se desprende que la jueza de alzada declaró procedente la defensa opuesta por la demandada referente a la caducidad legal, delatada inicialmente como cuestión previa, y posteriormente como defensa

de fondo en su escrito de contestación, con fundamento en que transcurrió con creces el lapso establecido en el artículo 55 del Decreto con Fuerza Ley de Contrato de Seguro, publicada en Gaceta Oficial n° 5.553, el 12 de noviembre de 2001, señalando que “en el asunto de marras, el rechazo por la empresa de seguros -Seguros Guayana, C.A.- ocurrió en fecha 12/06/2006, desprendiéndose de la norma parcialmente transcrita que a partir de esa fecha comenzó a computarse el lapso de un (1) año para intentar la acción, el cual feneció 12/06/2007, y no fue sino hasta el 15/12/2009, cuando presentaron la demanda en cuestión (...), es por lo que, a todas luces resulta evidente que la presente acción fue presentada luego de haber vencido holgadamente el lapso pactado para ello”.

Considerando lo anterior, esta Sala estima relevante examinar el estudio doctrinario sobre dicha institución jurídica; en ese sentido, el autor venezolano MELICH ORSINI (La prescripción extintiva y la caducidad, Caracas, 2006. pp. 159 y 160) indica lo siguiente:

“La caducidad es la pérdida de una situación subjetiva activa (derecho, en sentido lato) que se verifica por la inobservancia de una determinada conducta impuesta por una norma para la conservación de tal situación cuando ya se goza de ella o, en caso contrario, si no se la tenía, para la adquisición de tal situación. De este concepto de caducidad en sentido amplio, que abarcaría inclusive supuestos en que ella opera por violación de un deber (a título de pena), o por incompatibilidad de la situación sobrevenida al titular con la permanencia de esa situación en cabeza suya, se individualiza el supuesto en que la caducidad tiene como presupuesto el no cumplimiento del específico comportamiento previsto durante el preciso término prefijado por una norma, y se habla entonces de caducidad en sentido estricto.

(Omissis)

No siempre tienen origen legal

Mientras los términos de prescripción solo tienen como fuente la

ley, se admite que la caducidad puede resultar de una disposición legal, de un procedimiento judicial o administrativo, o de un negocio jurídico (contrato, testamento u otro acto unilateral entre vivos).

Mientras que no se discute que solo por una ley pueden establecerse términos de prescripción, la posibilidad de establecer convencionalmente un lapso de caducidad con fundamento en el artículo 1159 C.C. es reconocida por la jurisprudencia constante de nuestros tribunales. También se admite que ella puede tener su origen en un negocio jurídico unilateral, tanto entre vivos como mortis causa.

(Omissis)

Límites del establecimiento de caducidades convencionales

Como se ha señalado es posible pactar un lapso de caducidad allí donde la ley no lo ha establecido. El artículo 2965 C.C. italiano vigente establece al respecto: “Es nulo el pacto con el cual se establezcan términos de caducidad que hagan excesivamente difícil a una de las partes el ejercicio del derecho”.

Se ha interpretado que esta disposición sanciona con la nulidad absoluta el pacto que hace así excesivamente difícil el ejercicio del derecho, pero tal nulidad no implica la nulidad del derecho en sí mismo considerado. Como se trataría de un supuesto de nulidad absoluta, ella podrá ser hecha valer en cualquier grado y estado de la causa y aun declarada de oficio por el Juez. Se considera además que es discrecional del Juez apreciar la excesiva dificultad, teniendo en cuenta no solo la brevedad del lapso sino la naturaleza del hecho a cumplir para impedir la caducidad en razón de la situación particular del sujeto contra el cual opera dicha caducidad. Así, el establecimiento de un mismo término puede reputarse admisible para efectuar una denuncia e inadmisible para que dentro del mismo se proponga una demanda. Nuestra jurisprudencia ha hecho aplicación de esta idea en el caso en que para evitar la caducidad

convencionalmente establecida se ha exigido no solo la introducción de la demanda antes del vencimiento del lapso, sino todavía la citación de la parte demandada, considerando que esto último no es algo que pueda imputarse a la pura voluntad del sujeto que quiera evitar la caducidad, sino que se trata de un acto procesal dependiente del tribunal”.

De lo anterior, se aprecia la distinción anotada entre la denominada caducidad de origen legal y la caducidad convencional, entendiéndose por la primera, la extinción de un derecho y, por ende, de la acción judicial para reclamarlo por el transcurso del lapso establecido en la ley. En cuanto a la caducidad convencional, nace de un acuerdo de voluntades entre dos o más partes, en virtud del cual se establece un plazo para el ejercicio de un derecho o de la acción para su protección, de conformidad con lo previsto en el artículo 1.133 del Código Civil, el cual establece que “el contrato es una convención entre dos o más personas para constituir, reglar, transmitir, modificar o extinguir entre ellas un vínculo jurídico”, en concordancia con el artículo 1.159 *eiusdem*, por el cual “los contratos tienen fuerza de Ley entre las partes”. Esta última clase de caducidad es ampliamente utilizada en la práctica, pues se encuentra presente en diversas convenciones, como por ejemplo los contratos de seguro.

Cabe destacar, que es criterio reiterado de esta Sala que la caducidad convencional debe oponerse en juicio como defensa de fondo, es decir, en la oportunidad de dar contestación a la demanda, dado que solo la caducidad legal puede hacerse valer como cuestión previa, conforme al artículo 346 ordinal 10° del Código de Procedimiento Civil (ver sentencia número 512, del 1ro de junio de 2004, caso: Caja de Ahorro y Previsión Social de los Trabajadores del Ministerio de Energía y Minas contra Multinacional de Seguros, C.A.). En ambos casos, de resultar procedente la defensa de caducidad, se extingue el proceso y la decisión es recurrible por la parte interesada.

Siguiendo lo anterior, la caducidad legal es de orden público, y podrá ser

declarada aún de oficio por el juez, mientras que la caducidad contractual es de orden privado, por cuanto deviene de reglas convenidas que someten a las partes en la relación que las vincula, en consecuencia, adquiere la naturaleza del negocio jurídico.

La denuncia bajo estudio se fundamenta en la errónea interpretación del artículo 55 del Decreto número 1.505 con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, del 30 de octubre de 2001, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela número 5.553, Extraordinario, del 12 de noviembre de 2001, el cual es del siguiente tenor:

“Artículo 55: Si dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de rechazo de cualquier reclamación, el tomador, el asegurado o el beneficiario del seguro no hubiere demandado judicialmente a la empresa de seguros, acordado con ésta someterse a un arbitraje o solicitado el sometimiento ante la autoridad competente, caducarán todos los derechos derivados de la póliza con respecto al reclamo formulado que haya sido rechazado”.

La norma antes transcrita establece que el lapso de caducidad con que cuenta el tomador, asegurado o el beneficiario para ejercer la acción judicial contra la aseguradora, a los fines de reclamar el cumplimiento de la prestación o pago de la indemnización por la ocurrencia de un siniestro, es de doce (12) meses y empieza a transcurrir a partir del rechazo de cualquier reclamación.

Así las cosas, de las actas que conforman la presente causa, se constata lo que sigue:

- En el libelo de demanda el actor expone que el 1ro de junio de 2005, “dentro de los predios de la sociedad mercantil Multiservicios Gran Prix, C.A. ocurrió un siniestro que detallaremos a continuación: la actividad comercial de la empresa en comento, es el servicio de lavado, engrase, cambio de aceite de vehículos automotores de clientes o terceras personas

en general, sucedió que un operario o empleado de la empresa “MULTISERVICIOS GRAN PRIX, C.A.”, ciudadano: Mario Minotti (...), se encontraba operando el vehículo de un cliente de la compañía o tercero para los efectos del seguro, el vehículo en cuestión reúne las siguientes características: marca: Fiat; modelo: Tempira; placas: FAC-92F, propiedad del Sr. José Viloria (...), al cual se le estaba realizando servicio de lavado y aspirado; al momento de encender el vehículo para introducirlo en la máquina puente de lavado-secado ISTOBAL M7, el acelerador se quedó pegado, el Sr. Mario Minotti (empleado de la compañía), al tratar de encrochar (sic) el pedal para controlar la aceleración del vehículo, el pie se le resbaló por tener los zapatos mojados, el vehículo fuera de control impactó contra la máquina ISTOBAL M7 ocasionándole daño generalizado, también impactó contra un vehículo de las siguientes características: marca: Chevrolet; modelo: Optrá; placas: FBF-77W, propiedad de la empresa C.V.G. BAUXILUM, C.A., y daños al vehículo Fiat Tempira, descrito anteriormente”.

- Ante tal evento, la representación de la actora afirma que el mismo día (01/06/2005), procedió a comunicarse con la empresa aseguradora (demandada) a los fines de informar sobre el referido siniestro.

- Posteriormente, la sociedad mercantil Seguros Guayana, C.A., mediante oficio del 12 de junio de 2006, notificó a la demandante del rechazo del reclamo con ocasión al referido siniestro, indicando lo siguiente (folios 26 al 28 de la primera pieza del expediente):

“3. De la versión transcrita y de los resultados del peritaje elaborado por UNIÓN INTERAMERICANA DE AJUSTES, C.A., se evidencia que los hechos ocurridos califican como un choque del vehículo conducido por el operario contra el vehículo Optrá, placas FBF-77W que produjo daños tanto a esta unidad como a la máquina de lavado que se encontraba instalada y en funcionamiento en los predios donde se encuentran las instalaciones de MULTISERVICIOS GRAN PRIX, C.A.

4. El reclamo presentado por el asegurado al amparo de ambas

pólizas de seguro tiene por objeto la exigencia de una conducta positiva por parte de C.A. SEGUROS GUAYANA en el sentido de que proceda a indemnizar los daños causados con ocasión a los hechos narrados.

5. Que analizado el siniestro a los fines de la determinación de su cobertura bajo la Póliza de Rotura de Maquinarias, advertimos en las Condiciones particulares de dicha póliza, la existencia de una causal de exclusión de amparo contenida en la Cláusula 13, Exclusiones, al señalar que “Esta póliza no cubre la (sic) perdidas o daños causados o agravados directo o indirectamente atribuibles a: (b) choque, vuelco, colisión o descarrilamiento”.

6. Determinada la anterior exclusión de cobertura, se procedió al análisis de cobertura al amparo de la Póliza de Incendio con cobertura hasta por la cantidad de Bs. 320.000.000,00 sobre el valor del mobiliario, enseres, útiles, maquinarias e instalaciones, considerando que el bien siniestrado dentro del rubro MAQUINARIAS. Esta póliza tiene adherida la Cláusula de Extensión de Cobertura que cubre los daños y pérdidas que ocurran a los bienes asegurados y que sean ocasionados por o a consecuencia de impacto de vehículos, excluyendo de cobertura en la Cláusula 3, contentiva de las estipulaciones aplicables al riesgo de impacto de vehículos: 3.1. Daños causados a la residencia de El Asegurado, causados por cualquier vehículo propiedad de, u operado por el Asegurado, o cualquier ocupante, ya sea inquilino o propietario de la edificación donde se hayan (sic) los bienes asegurados. Siendo que el siniestro se produjo por culpa imputable a un operario de la asegurada, en aplicación de lo dispuesto por el artículo 1.191 del Código Civil el cual establece responsabilidad de los dueños o principales por el daño causado por el hecho ilícito de sus sirvientes o dependientes y calificado el ciudadano MARIO MINOTTI como operario bajo subordinación de MULTISERVICIOS GRAN PRIX, C.A., forzoso resulta concluir en la exclusión de cobertura del siniestro al amparo de la citada Cláusula de exclusión.

RESPUESTA DEL RECLAMO:

Analizados los hechos C.A. SEGUROS GUAYANA rechaza por improcedente el reclamo con fundamento tanto en lo dispuesto en la Cláusula 13, literal b) de las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguros de Rotura de Maquinarias; como en lo dispuesto por la Cláusula 3, subnumeral 3.1 de la Cláusula de Extensión de Cobertura en lo atinente (sic) a la no inclusión de la cobertura a los daños a la residencia de El Asegurado, causados por cualquier vehículo propiedad de, u operado por el asegurado, o cualquier ocupante, ya sea inquilino o propietario de la edificación donde se hayan (sic) los bienes asegurados.

En consecuencia C.A. SEGUROS GUAYANA rechaza reclamo presentado al amparo de las pólizas señaladas al determinar que los daños causados están excluidos de cobertura y en consecuencia niega que el pago sea procedente”. (Cursivas de la Sala, demás resaltado del texto).

- Ante dicho rechazo, el representante de la actora envió la aludida notificación a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, a los fines de consultar sobre tal actuación, mediante escritos del 17 de mayo de 2006 y 13 de julio de 2006 (folios 29 al 32 de la primera pieza del expediente).
- Por su parte, el Ente Supervisor dio respuesta mediante Oficio FSS-1-1-2587/00001944, del 23 de febrero de 2007, por medio del cual emitió su opinión respecto al referido rechazo, indicando lo que sigue (folios 33 al 34 de la primera pieza del expediente):

“la controversia es si el empleado del Asegurado que causó el choque a la máquina lavadora asegurada, puede ser considerado como asegurado, en cuyo caso el siniestro no tendría cobertura.

Con respecto a lo anterior, es importante aclarar que las respuestas referentes a la Póliza de Seguro de Incendio se suministraran con base en la póliza y cláusulas que estuvieron aprobadas con carácter

general uniforme mediante Providencia Administrativa Nro. 0013 del 29 de enero de 1990, publicada en Gaceta Oficial de la República de Venezuela Nro. 4.170 Extraordinario de fecha 09 de marzo de 1.990 y que dejaron de tener tal carácter mediante la Providencia Administrativa Nro. 3.074 de fecha 01 de diciembre de 1998, publicada en la gaceta Oficial de la República de Venezuela Nro. 5.284 Extraordinario del 1° de diciembre de 1998, en virtud de que en nuestros archivos no existe evidencia de que Seguros Guayana, C.A., hubiese sometido a la consideración de este Organismo una póliza diferente.

En ese sentido, le participo que, al realizar el estudio de las Condiciones Generales, Condiciones particulares y Cláusulas de la Póliza de Seguro de Incendio señalada en el párrafo anterior, este Organismo no evidenció que el caso por usted planteado pudiera enmarcarse dentro de las exclusiones y exoneraciones previstas en la cláusula 7 de las condiciones generales, así como también en las cláusulas 2 y 3 de las condiciones particulares de la póliza en comento. De igual manera, no pareciera tener cabida dentro de las exclusiones previstas en la cláusula de Extensión de Cobertura.

Por otra parte, al revisar el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro en el cual se establecen disposiciones de carácter imperativo en materia de Contratos de Seguros no encontramos precepto alguno que nos permita suponer que tal siniestro está excluido del amparo ofrecido por la Póliza de Seguro de Incendio. Más aun, el artículo 45 de la referida norma contempla la posibilidad de que la empresa de seguros pague los siniestros ocasionados por culpa grave o dolo de las personas de cuyos hechos deba responder el asegurado; en consecuencia, pareciera no tener sentido excluir de la cobertura de la póliza los siniestros que no fueren causados sin intención.

Al dar respuesta a su interrogante, la cual está referida a si el empleado del Asegurado que causó el choque a la máquina lavadora, puede ser considerado como asegurado, me permito informarle

que en ninguna de las condiciones de la póliza se define tal término. Por ello, es preciso observar la definición que al respecto aparece plasmada en el artículo 8 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, según la cual Asegurado es la persona que en sí misma, en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo, no siendo el empleado el dueño de los bienes asegurados pareciera que tal definición no es aplicable a aquel.

Finalmente, todo lo expuesto con anterioridad se fundamenta en un análisis abstracto de las disposiciones contenidas en las normas aquí comentadas, de forma tal que el criterio expuesto no está dirigido a resolver un caso concreto; en consecuencia, no puede derivarse del mismo ningún derecho a favor de las partes involucradas en alguna controversia planteada, de ser el caso”. (Cursivas de la Sala, demás resaltado del texto).

- Posterior a ello, el 16 de abril de 2007, la actora envió la referida respuesta emitida por el Ente Supervisor a la demandada, a los fines de reconsiderar el rechazo del siniestro (folio 37 de la primera pieza del expediente), lo cual no ocurrió, pues afirma la actora que la respuesta de la demandada fue continuar con el rechazo del siniestro.

- A tal efecto, la representación de la parte actora a través de escrito del 20 de agosto de 2007, dirigido a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y recibido por este Ente el 16 de octubre de 2007, solicitó lo que sigue (folio 38 de la primera pieza del expediente):

“Los hechos que motivan el reclamo se resumen así: El Sr Mario Minotti (empleado) cuando procedió a ingresar a la máquina de lavado el vehículo FIAT TEMPRA propiedad de José Viloria, (cliente) el acelerador se quedó pegado, al encrochar (sic) con los zapatos húmedos, resbaló el croche (sic) y el vehículo impactó contra la máquina, provocando daños a la misma, a otro vehículo y al que conducía.

La Cláusula de Extensión de Cobertura determina que se cubren los daños y pérdidas que ocurran a los bienes asegurados y que sean ocasionados por o a consecuencia de impacto de vehículos. Con las exclusiones de daños ocasionados a la residencia de el asegurado causado por cualquier vehículo propiedad de u operado por el asegurado.

SEGUROS GUAYANA, CA rechaza el siniestro de acuerdo a lo dispuesto por la Cláusula 3 subnumeral 3.1 de la Cláusula de Extensión de Cobertura.

La empresa ajustadora asignada al caso UNIÓN INTERAMERICANA DE AJUSTES en la persona del Lic. Raúl Sanabria efectuó una consulta ante ese prestigioso Ministerio (Oficio 645), la respuesta se efectuó el 23/02/07 con la comunicación FSS-1-1-2587.

El Departamento Legal de SEGUROS SUAYANA, CA mantiene la posición de rechazo del caso, define como residencia al local asegurado indistintamente si es casa de habitación o comercio y el vehículo al ser operado por un empleado del asegurado, se considera como el asegurado.

Desearíamos por favor una aclaratoria al respecto ya que hemos interpretado que la exclusión se refiere a los daños a la residencia y/o casa de habitación del asegurado ocasionado por un vehículo propio o conducido por él”. (Cursivas de la Sala, demás resaltado del texto).

Posteriormente, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dio respuesta a través de oficio FSS-2-2-005765, del 7 de enero de 2008, indicando que “procedió en esta misma fecha a oficiar a la empresa aseguradora, a los fines de obtener la mayor información posible que permita a este Órgano de Control determinar si existen indicios de alguna infracción al contenido de la Ley de Empresas de Seguros y Reasegurados”. De igual forma, indicó a la actora que “... dicha solicitud tienen como finalidad investigar si la empresa de seguros, con su conducta, ha incurrido en violación a las disposiciones legales que regulan su actividad, y de ser así aplicar las san-

ciones correspondientes, no teniendo competencia este Organismo por vía del procedimiento iniciado, para compeler a la empresa aseguradora al pago, razón por la cual, deberá recurrir a la vía jurisdiccional a los fines de obtener la satisfacción de cualquier posible obligación derivada del contrato de seguro suscrito, a cuyos fines le recomendamos considerar los lapsos de prescripción o caducidad, según corresponda, previsto en la póliza, de conformidad con lo previsto en los artículos 55 y 56 de la Ley del Contrato de Seguro”. (Folio 95 de la primera pieza del expediente).

De acuerdo a lo anteriormente señalado, -en el caso de marras- en virtud del inicio del procedimiento administrativo por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora el 7 de enero de 2008, con motivo del rechazo del siniestro in commento, se observa que dicho Ente Supervisor a través de oficio FSS-2-2-005765, de ese mismo día (07/01/2008), indicó a la solicitante “recurrir a la vía jurisdiccional” a los fines de reclamar cualquier obligación derivada del contrato de seguro, sin que fuese necesaria la culminación del procedimiento administrativo.

Ello así, se constata que desde el día en que se realizó la notificación del rechazo del siniestro, el 12 de junio de 2006, e incluso, desde el acto emitido el 7 de enero de 2008 por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, hasta el día de interposición de la demanda judicial, el 15 de diciembre de 2009, transcurrió con creces el lapso de caducidad de un (1) año previsto en el artículo 55 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro número 1.505 del 30 de octubre de 2001, publicado en la Gaceta Oficial Extraordinaria de la República Bolivariana de Venezuela número 5.553, del 12 de noviembre de 2001, configurándose de esa manera la caducidad de la presente acción.

En consecuencia, se declara improcedente la presente denuncia. Así se establece.

.....

