

General Roca, 30 de julio de 2.026

AUTOS Y VISTOS: Para dictar sentencia en el presente expediente caratulado "**HUENULEF SERGIO HIPOLITO C/ LA SEGUNDA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S A S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (SUMARISIMO)**" (**Expte. N° RO-01424-C-2023**), en trámite ante esta Unidad Jurisdiccional N° 5 de General Roca, de los que

RESULTA:

I.- Que se presenta el Sr. Sergio Hipólito Huenulef (en adelante también la parte actora y/o el actor) promoviendo **demanda** por cumplimiento contractual más indemnización de daños y perjuicios contra La Segunda Compañía de Seguros de Personas S.A. (en adelante también la parte demandada, la demandada y/o la aseguradora), reclamando el pago de la suma de \$ 2.928.000.- y/o lo que en más o en menos surja de la prueba a producirse en el proceso, más intereses y costas.

Para ello señala que se encontraba vinculada con la demandada mediante contrato de seguro de accidentes personales instrumentado mediante póliza N° 45505014, y en fecha 19/02/2021, mientras realizaba tareas en una chacra ubicada en esta ciudad, sufre una caída a una acequia que le provocó diversas lesiones (fractura con desplazamiento de la muñeca derecha, fractura de clavícula y problemas auditivos en oído izquierdo).

Realizada la denuncia de siniestro, recibió prestaciones médicas en Sanatorio de esta ciudad, donde le colocaron yeso y, luego de más de quince días, fue intervenido quirúrgicamente, realizando con posterioridad sesiones de kinesiología, pero sin recuperar su aptitud anterior al siniestro.

Alega que la aseguradora demandada, en fecha 20/09/2021, le otorgó el alta médica, le realiza evaluación por auditor médico, le dictamina la existencia de una incapacidad del orden del 6%, y le ofrece abonar la suma de \$ 132.000, propuesta que rechazó por insuficiente.

Expresa que consultó un médico de su confianza, quien le dictaminó una incapacidad del orden del 30%, motivo por el cual intimó a la demandada para que revea su postura y oferta, pero sin obtener respuesta alguna, situación que se mantuvo en la instancia de mediación.

Encuadra el contrato de seguro vigente como relación de consumo, invoca

violación al deber de información y trato digno, funda la responsabilidad de la demandada, y reclama el pago de los siguientes conceptos: **a)** daño directo (a la integridad física) \$ 660.000; **b)** daño moral \$ 500.000; **c)** daño psíquico y tratamiento psicológico \$ 768.000; y **d)** daños punitivos \$ 1.000.000.

Funda en derecho, ofrece prueba, solicita se le otorgue beneficio de gratuidad, tramite el expediente por proceso sumarísimo, formula reserva de caso federal, y pide que se haga lugar a su demanda, con costas.

II.- Dispuesto el trámite sumarísimo, se tiene por iniciada la demanda y se otorga beneficio de gratuidad (art. 53, Ley 24.240).

III.- Notificado el traslado de la demanda, se presenta La Segunda Compañía de Seguros de Personas S.A. y [contesta](#) la misma.

Formula negativas generales y particulares de rigor y, en primer lugar impugna la aplicación de las normas de defensa del consumidor, el trámite sumarísimo asignado, el beneficio de gratuidad otorgado, y opone excepción de falta de acción y de falta de legitimación pasiva.

Para ello dice que el plazo de traslado le impide ejercer su defensa porque no es suficiente para compulsar y adjuntar documentación, en atención a su domicilio social.

Luego, expresa que no resulta aplicable la Ley de Defensa del Consumidor por cuanto el propio actor expresó que prestaba servicios por cuenta y orden de terceras personas y, por ello, se encontraría en la cadena de comercio colocando su fuerza laboral al servicio de diferentes empresas, habiendo solicitado la cobertura a dichos fines.

Sostiene que entre las partes existió un vínculo contractual instrumentado mediante la póliza N° 45.505.014, vigente desde el 12/02/2021 al 12/02/2022, que cubría accidentes personales según los términos y condiciones de la póliza, con una suma asegurada de \$ 2.200.000 por asistencia médica y de \$ 2.200.000 por muerte e incapacidad.

Dice que el seguro en cuestión no es de responsabilidad civil ni de riesgos laborales, y que la cobertura es debida sólo en los términos y condiciones estipulados en el contrato, siempre y cuando esté abonada la prima.

Por ello, concluye, en el caso no debe aplicarse la Ley 24.240, debe dejarse sin efecto el beneficio de gratuidad y otorgar al presente trámite ordinario, siendo procedente además la defensa de falta de acción y de legitimación pasiva.

Luego, contesta demanda reiterando en primer lugar los términos del vínculo contractual, manifestando que al no cubrir riesgos laborales el seguro contratado, resulta procedente la defensa de falta de acción y de legitimación pasiva.

Resalta que la incapacidad y la prestación se determinan conforme al baremo incorporado a la póliza, multiplicando la incapacidad determinada por la suma asegurada; agrega que no se indemnizan secuelas estéticas, psicológicas ni enfermedades.

Reconoce que recibió la denuncia del siniestro, que brindó prestaciones médicas, de farmacia, intervención quirúrgica y rehabilitación, y que, en fecha 20/09/2021, otorgó el alta médica.

Luego, sostiene que realizó auditoría médica al actor, determinó una incapacidad del 6% y, conforme términos de la póliza, ofreció el pago de la indemnización pero la misma fue rechazada.

Efectúa consideraciones jurídicas, impugna los daños reclamados, ofrece prueba, solicita aplicación de límite de responsabilidad por costas, formula reserva recursiva y solicita el rechazo de la demanda.

IV.- Corrido traslado de las excepciones y planteos, [contesta](#) el actor solicitando el rechazo de las mismas, motivando el dictado de [resolución interlocutoria](#) que difiere su tratamiento para esta instancia.

En fecha 07/03/2023 se realiza la [audiencia preliminar](#) donde no resulta posible la conciliación, se fijan los hechos controvertidos (incumplimiento contractual, conducta de las partes, daños producidos y su cuantificación) y se provee la prueba que es producida en autos, conforme resolución que dispone la clausura del período probatorio.

El Ministerio Público Fiscal contesta las vistas otorgadas ([06/09/2023](#) y [05/06/2026](#)).

Puestos los autos para alegar, lo hace la actora, pasando el expediente a despacho para dictar sentencia.

Y CONSIDERANDO:

Puestos los autos a resolver, cabe efectuar las siguientes consideraciones.

I.- De los escritos de demanda y contestación surge que las partes coinciden en señalar lo siguiente: **a)** que se hallaban vinculados por un contrato de seguro instrumentado mediante póliza N° 45.505.014, vigente desde el 12/02/2021 al 12/02/2022; **b)** que el actor denunció un siniestro ocurrido el día 19/02/2021; **c)** que la demandada brindó prestaciones médicas, quirúrgicas y de rehabilitación hasta el alta de fecha 20/09/2021; y **d)** que la demandada realizó evaluación al actor por auditor médico, dictaminó la existencia de una incapacidad del orden del 6%, y le ofreció abonar la suma de \$ 132.000, propuesta que fue rechazada por insuficiente.

II.- En ese marco, la parte actora sostiene que el vínculo encuadra en las normas de tutela de consumidores y usuarios, que la incapacidad determinada es ajena a la real, y que median incumplimientos tanto al deber de prestación como a deberes de información y trato digno que generan responsabilidad de la demandada, motivo por el cual debe abonar la indemnización de los daños que reclama.

Esta última, por su parte, niega la existencia de relación de consumo y, por ello, que sea aplicable el trámite sumarísimo, el beneficio de gratuidad, las cargas probatorias dinámicas y la sanción punitiva.

También señala que el actor sufrió un accidente laboral ajeno a la cobertura, motivo por el cual resulta procedente la excepción de falta de acción y de falta de legitimación pasiva.

Por último, sostiene que su parte ofreció cumplir en los términos de la cobertura contratada, resaltando que la indemnización se fijaba aplicando el baremo contenido en la póliza y multiplicando la incapacidad por la suma asegurada, que ofreció el pago correspondiente y fue rechazado por el actor, y que la póliza no preveía otros daños indemnizables.

Es por ello que se controvierte el régimen legal aplicable, la procedencia de las excepciones opuestas y, en su caso, de la demanda, daños y sanción punitiva reclamada.

III.- Para determinar la existencia de los hechos alegados y controvertidos, las pruebas del caso serán analizadas teniendo en consideración que los jueces no estamos obligados a valorar la totalidad de la prueba producida sino únicamente aquella que

resulte esencial para la decisión, y que dicha valoración se realiza conforme las reglas de la sana crítica, conforme lo dispuesto por los arts. 348 y 356 del CPCC.

IV.- De la prueba producida surge lo siguiente:

a) La póliza que adjuntan las partes como prueba documental, establece en la cláusula 3 de las condiciones generales comunes que *"...El Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la póliza en el caso en que la persona designada como Asegurado sufra durante el período de vigencia del seguro, algún accidente que fuere la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos en la presente póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del mismo..."*.

Por su parte, la cláusula 2 de dichas condiciones comunes, define el concepto de "accidente" como *"...cualquier acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria del que resulta una lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta..."* y agrega que *"...Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de su profesión declarada, en su vida particular, o mientras se encuentre circulando viajando en vehículo particular o público, terrestre o acuático, propio o ajeno, conduciéndolo o no, o en líneas de transporte aéreo regular..."*.

La cláusula 9, referida a la determinación de la incapacidad, prescribe que *"...Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los deberán elegir, dentro de los 8 (ocho) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.*

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 (treinta) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de 15 (quince) días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera designado en el plazo establecido precedentemente, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación..."

Y la cláusula 10 establece que *"...El Asegurador efectuará el pago*

correspondiente en caso de siniestro, de acuerdo a lo establecido en cada Condición Específica, dentro de los 15 (quince) días de notificado el mismo o de cumplidos los requisitos establecidos en las Cláusulas 9, 10 y 11 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en la respectiva Condición Específica, lo que sea posterior..."

Los plazos indicados se cuentan por días corridos (conforme cláusula 15 de las condiciones generales comunes).

También se observa que la Cláusula Adicional CE-2, Cláusula 1, regula los riesgos cubiertos y el límite de cobertura del siguiente modo: *"...El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.*

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

...La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

...La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado..."

La póliza, por último, contiene la "Tabla de valoración de incapacidad

permanente".

b) El actor adjunta también el recibo confeccionado por la demandada donde consta la incapacidad determinada y la indemnización ofrecida, que fue rechazada por el primero.

c) El informe médico de parte confeccionado por el Dr. Mylton Mercado, ratificado por prueba **informativa**, indica que el actor sufrió como consecuencia del accidente denunciado una incapacidad física permanente del orden del 30%.

d) La **pericia médica** señala que el actor presenta limitación funcional en hombro izquierdo y muñeca derecha, con colocación de elementos de osteosíntesis, con una incapacidad de tipo permanente que fija en el 35,26%, incluyendo factores de ponderación propios de Ley de Riesgos del Trabajo (actividad laboral, edad, y recalificación profesional).

También señala el informe que el actor no presenta alteraciones auditivas.

La demandada **impugna** la pericia solicitando al perito que se ajuste al baremo fijado en la póliza, pero el perito **ratifica** su informe.

e) La **pericia psicológica** señala que el actor presenta, como secuela del siniestro, un trastorno por estrés postraumático que genera una incapacidad del 10% de tipo permanente, y sugiere que realice terapia por una extensión no menor de 20 horas anuales con frecuencia semanal, con un costo por sesión estimado en \$ 10.000.

La demandada **impugna** la pericia señalando que el contrato de seguro no indemniza tales secuelas, y que resulta contradictorio el dictamen al informar una secuela permanente y luego sugerir la realización de terapia.

La perita **ratifica** el diagnóstico y el informe presentado, pero rectifica la incapacidad señalando que la misma asciende al 15% de tipo permanente.

f) La prueba **informativa** da cuenta de la comunicación postal realizada por el actor a la demandada en fecha 09/01/2022, mediante la cual le hace saber el resultado del informe médico de su parte, realizado por el Dr. Mercado, y solicita una revisión del ofrecimiento indemnizatorio efectuado.

V.- Según disponen los arts. 1º, 2º y 3º de CCyC, los jueces y juezas deben resolver los asuntos que sean sometidos a su jurisdicción mediante una decisión

razonablemente fundada según las leyes aplicables, de conformidad con la Constitución Nacional y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, interpretando los mismos teniendo en cuenta sus palabras, finalidades, leyes análogas, disposiciones que surgen de los tratados mencionados, principios y valores jurídicos, de modo coherente con todo el ordenamiento.

En base a lo señalado en los párrafos anteriores, y teniendo en miras los hechos afirmados, controvertidos y el resultado de las pruebas producidas en el proceso, y en particular, los términos de la póliza que instrumenta el contrato de seguro, considero que resulta aplicable al caso la normativa de tutela de consumidores y usuarios.

Para ello, tengo en miras que el contrato asegura la vida y salud del tomador del seguro, con independencia del contexto en el cual éste pueda sufrir un accidente que genere lesiones e incapacidad o muerte del asegurado.

Ello surge de la lectura de las cláusulas antes citadas, en particular, las que definen la contingencia ("accidente") y resaltan que esta puede producirse en circunstancias varias, entre ellas, laborales, pero sin limitarse a este único supuesto, tal como alega la demandada al impugnar la aplicación al caso de la Ley 24.240.

En consecuencia, el régimen legal se integra con las normas emergentes de los arts. 19 y 42 de la C.N., las previstas en el CCyC ("Contratos de consumo" y concordantes y "Responsabilidad Civil"), en la Ley 24.240 y en la Ley 17.418, además de las cláusulas y condiciones del contrato celebrado, todo ello mediante el sistema de diálogo de fuentes (arts. 1° y 2° del CCyC), para elaborar la regla del caso que maximice la protección de los derechos fundamentales del consumidor (cf. Sozzo, Gonzalo; "El diálogo de fuentes en el Derecho del Consumidor Argentino"; RC D 1165/2017, Tomo 2016-1 "Consumidores" de Editorial Rubinzal Culzoni).

VI.- De acuerdo a la pretensión de la parte actora (acción por cumplimiento del contrato de seguro, indemnización de daños derivados del incumplimiento alegado y pedido de sanción punitiva) corresponde determinar la regla del caso aplicable al análisis del contrato, para evaluar el incumplimiento alegado, y las que regular la responsabilidad civil y sanción punitiva que serían consecuencia del mismo.

VII.- Respecto al contrato de seguro, que considero de consumo, tengo en consideración lo siguiente:

a) las normas que regulan las relaciones de consumo deben ser aplicadas e interpretadas conforme con el principio de protección del consumidor y el de acceso al consumo sustentable; en caso de duda sobre la interpretación del Código Civil y Comercial o las leyes especiales, prevalece la más favorable al consumidor (art. 1094, CCyC);

b) los contratos, ya sea en general o como causa fuente de la relación de consumo, deben celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe (art. 961, CCyC);

c) el contrato de consumo se interpreta en el sentido más favorable para el consumidor; cuando existen dudas sobre los alcances de su obligación, se adopta la que sea menos gravosa; y las cláusulas ambiguas predisuestas por una de las partes se interpretan en sentido contrario a la parte predisponente (arts. 987, y 1095 CCyC);

d) pesa sobre el proveedor un deber de información con carácter de obligación de resultado que obliga a éste al contratar y durante la ejecución del contrato (art. 42, C.N.; art. 4, Ley 24.240; y art. 1100, CCyC); la información que debe brindar el proveedor debe ser adecuada y veraz, gratuita, cierta, clara y detallada sobre todo lo relacionado con las características esenciales de los bienes y servicios que provee, y las condiciones de su comercialización (art. 42, C.N.; art. 4, Ley 24.240; y art. 1100, CCyC);

e) de igual modo, en la relación de consumo se hallan vigentes la obligación de seguridad y de brindar trato digno, ambas de fuente constitucional (art. 42 C.N.) y legal (art. 5, Ley 24.240) que, según el caso y en base a las pautas de previsibilidad propias del régimen de causalidad vigente, pueden revestir la calidad de obligación de resultado o de medios;

f) por otra parte, la Ley 17.418 de seguros y la póliza que instrumenta el contrato, regulan las cargas y obligaciones de las partes destinadas al cumplimiento del mismo, tales como plazos y formas para denunciar el siniestro, para pronunciarse sobre su aceptación, para determinar la contingencia y prestación correspondiente, y para proceder a su pago.

VIII.- Sobre la responsabilidad civil y sanción punitiva solicitadas, he de ponderar lo siguiente:

a) la responsabilidad por daños derivados de las relaciones de consumo ha sido regulada en el microsistema de tutela de consumidores y usuarios a través de un

régimen general, con base en los arts. 42 de la C.N., y 5 y 10 bis de la Ley 24.240, un régimen especial para los daños causados por bienes o servicios riesgosos o viciosos (art. 40, Ley 24.240), y otro régimen particular para los daños ocasionados por incumplimiento al régimen de garantías legales por bienes (arts. 11 a 17, Ley 24.240) o servicios (arts. 23 y 24, Ley 24.240).

En relación al régimen general, he de señalar que adhiero a la postura fijada por el Dr. Lorenzetti, según el cual para determinar la responsabilidad por incumplimiento de obligaciones de fuente constitucional, legal o contractual con causa en una relación de consumo, deberá estarse al carácter de obligación de medios o de resultado del deber no cumplido.

Y para determinar tal calidad deberá analizarse su objeto o prestación a la luz de las reglas de causalidad contenidas en el CCyC, conforme las pautas previstas por los arts. 1723 a 1733 y, en particular lo dispuesto por el art. 774 que distingue entre obligaciones de medios y de resultado.

Por ello, la ejecución de las obligaciones contractuales, legales y constitucionales, está sujeta a las reglas del art. 10 bis de la Ley 24.240 según el cual el incumplimiento de la obligación con causa en una relación de consumo puede dar lugar a una responsabilidad de tipo objetiva, por inejecución de obligaciones de resultado, o subjetiva por culpa (arts. 42 de la C.N., 4 y 5 de la Ley 24.240, y 744, 1723, 1724, 1725 a 1733 y concordantes del CCyC) dependiendo de las circunstancias del caso;

b) por otra parte, en relación al régimen de responsabilidad emergente del contrato de seguro, tiene dicho el Superior Tribunal que *"...las estipulaciones y/o límites impuestos en el contrato de seguros, sólo rigen en las hipótesis de cumplimiento normal de la prestación por parte del asegurador, más no cuando éste incurre en mora...*

...Además del pago de los intereses, la mora le impone el resarcimiento de los daños que cause.

... la responsabilidad por incumplimiento contractual, produce como consecuencia, junto con la ejecución forzada en sí misma, la asunción por la aseguradora de todos los daños sobrevinientes, cuya prueba recae sobre

el asegurado, quien debe aportar los elementos que acrediten con precisión la existencia, la entidad y la vinculación causal de los daños reclamados.

... es jurídicamente viable la reparación integral del asegurado, de todo daño vinculado causalmente al siniestro cuya indemnización se haya demorado injustamente en ser pagada. Ello así, puesto que en tales casos, el pago halla su fuente en la responsabilidad derivada del incumplimiento y no en el contrato de seguro...” (STJRNS1, Se. 64/2012 “Pérez Aramburu”)

c) el régimen de reparación de los daños y perjuicios reclamados, por su parte, se regula por lo dispuesto en los arts. 1737 a 1748 y concordantes del CCyC;

d) el incumplimiento de las obligaciones alegadas deber ser la causa adecuada de los daños y perjuicios cuya indemnización se reclama, debiendo la parte actora acreditar tales extremos; y

e) para finalizar, la procedencia de la sanción punitiva está sujeta al cumplimiento de los requisitos impuestos por el art. 52 bis de la Ley 24.240, con la interpretación estricta que realizó el Superior Tribunal de Justicia provincial al fijar la doctrina legal vigente en autos "Cofré" (STJRNS1, Se. 09/2021), los indicados en autos "Gallego" (STJRNS1, Se. 44/2022), la pauta fijada en autos "Bartorelli" (STJRNS1, Se. 133/2023) a los fines de valorar la razonabilidad del monto que se puede imponer como sanción, y "Majnach" (STJRNS1, Se. 04/2025) en relación a la escala aplicable y vigencia temporal de Ley N° 27.701 (B.O. 1/12/2022).

IX.- En el marco jurídico indicado, analizando los hechos alegados y el resultado de la prueba producida, se observa que luego de efectuada la denuncia del siniestro por el actor, la demandada brindó las prestaciones médicas y de rehabilitación incluidas en la cobertura, y que el conflicto se origina a la hora de determinar la incapacidad y la indemnización correspondiente.

La parte actora cuestiona la liquidación realizada por la aseguradora, alega incumplimiento al contrato y, además, a los deberes de información y trato digno emergentes de la relación de consumo como causa de la responsabilidad que le atribuye.

La aseguradora señala, en primer término, que al no cubrir el seguro contratado riesgos derivados de accidentes laborales, resulta procedente la defensa de falta de acción y de legitimación pasiva.

En segundo orden, alega que cumplió con las obligaciones a su cargo, determinó la incapacidad conforme los términos de la póliza, y ofreció abonar la indemnización que correspondía según el contrato que vinculaba a las partes, pero ello no fue aceptado por el actor, correspondiendo en consecuencia el rechazo de la acción.

X.- En relación a la indemnización por incapacidad liquidada, que origina la controversia, se agrega al proceso el informe de la médica auditora de la demandada, que evalúa las limitaciones funcionales y, conforme al baremo contenido en la póliza, determina la incapacidad final.

En base a ello, y en los términos de la cláusula Cláusula Adicional CE-2, Cláusula 1, se liquida la prestación y se pone a disposición del actor para que firme el recibo que habilitaba el cobro.

El actor, disconforme con ello, contrata un médico de parte que también se expide sobre la incapacidad.

Y se observa que el informe de la auditoría en cuestión, difiere sustancialmente del confeccionado por el médico del actor. Así, mientras que la aseguradora determina una incapacidad del 6%, para el actor la misma era del 30%.

Las diferencias apuntadas surgen de la valoración de las limitaciones en la movilidad del hombro izquierdo y muñeca derecha, circunstancia que se traslada al baremo aplicable y al modo en que se determina el porcentaje final.

Por último, se observa también que la indemnización liquidada no fue

abonada por cuanto, más allá de la negativa del actor, la demandada no consignó el pago para dar cumplimiento a su obligación.

XI.- El conflicto reseñado requiere, en primer lugar, interpretar los términos de la póliza para luego analizar las constancias de hecho que surgen de la prueba del proceso.

La póliza en cuestión establece el mecanismo para determinar la incapacidad, señalando que la aseguradora cuenta con la facultad de requerir información y determinar la secuela con perito médico de su parte.

Pero también prevé en la cláusula novena el mecanismo aplicable en caso de falta de acuerdo, señalando que actuará un médico por cada parte y un tercero si no hubiere acuerdo de estos, debiendo intimarse a la contraparte que no hubiere designado un facultativo.

Este procedimiento que, interpretado del modo más favorable al actor, tiene naturaleza de obligación de resultado y no de simple carga, no ha sido cumplido por la aseguradora ante la falta de conformidad del actor con la incapacidad determinada y la prestación liquidada, generándose de ese modo un primer incumplimiento a los términos del contrato.

Así, de las constancias del proceso no surge que la demandada intimara al actor a designar facultativo de parte; y, cuando el actor hizo saber el informe de su médico de confianza, tampoco dio respuesta al respecto ni postuló la designación de un tercer profesional que se expida sobre la incapacidad, tal como establece la cláusula novena.

XII.- Por otra parte, analizando los términos de la póliza, se observa que la tabla de evaluación de incapacidades no brinda información clara y comprensible para el asegurado y ha sido redactada de un modo que puede generar dudas y diferentes interpretaciones tal como sucedió en este caso.

Así, tomando como ejemplo las secuelas relacionadas al hombro, la tabla se refiere en primer lugar al término "Limitación funcional"; luego reseña los movimientos que pueden verse afectados (Abdo-Elevación, Aducción, Elevación anterior, Elevación posterior, Rotación interna y Rotación externa) y asigna a cada uno de ellos una escala de incapacidad resultante (0-20%, 0-6%, 0-10%, 0-2%, 0-4%, 0-8%, respectivamente).

En segundo lugar se lee "Anquilosis de hombro 36-60%".

Pero no define los conceptos ni brinda elementos para establecer la relación entre la limitación de la movilidad y la secuela invalidante, tal como sucede con otros baremos de estilo como puede ser el de los Dres. Altube y Rinaldi o, el entonces vigente Baremo de Ley de Riesgo del Trabajo.

En estos últimos se aprecia que las limitaciones se miden en grados y, a partir de allí, se asigna la secuela invalidante. Así, la anquilosis hombro abarca el rango de 36% a 60% de incapacidad, pero detallando la limitación en grados de cada movimiento relevado y la incapacidad que ello genera (por ej. "elevación anterior" de 0 a 10° implica 36% de incapacidad; de 0 a 20° un 37% y así sucesivamente), lo que facilita la labor pericial al medir cada movimiento en particular.

La falta de claridad e información, en mi consideración, han contribuido a generar las diferencias que motivan este proceso.

Así, por ejemplo, se observa que la perita de la demandada constató en relación al hombro izquierdo, limitaciones en movimientos de Abdoelevación (140°) y Elevación anterior (140°), asignando un 1% de incapacidad a cada uno de ellos, pero sin que se aprecie cual es el fundamento de la conclusión a la que arriba.

Por su parte, el médico contratado por el actor, respecto al hombro

izquierdo ha medido la siguiente movilidad: Flexión: 150°, Extensión 30°, Abducción 150° y Aducción 20°; de las mismas, sumadas a las limitación constatadas en la muñeca derecha, dedujo la incapacidad del orden del 30%, aunque sin detallar la relación entre ambos elementos (movilidad y secuela invalidante).

Es en este punto que cabe recordar, respecto al cumplimiento del deber de información, que tanto la Constitución Nacional como el art. 4° de la Ley 24.240 y el art. 1100 del CCyC, imponen al proveedor el deber de brindar información que resulte "*...adecuada y veraz...*", "*...cierta, clara y detallada...*" sobre todo lo relacionado con las características esenciales de los bienes y servicios y condiciones de su comercialización, "*...proporcionada en soporte físico, con claridad necesaria que permita su comprensión...*".

Es por ello que considero que el defecto en la redacción de la cláusula que establece el baremo, y la falta de claridad en los fundamentos del peritaje efectuado por la demandada, y sobre el que ofrecieron el pago de la indemnización, implican incumplimientos al deber de brindar información clara, veraz, suficiente y adecuada a la comprensión del actor.

XIII.- Para finalizar, también he de ponderar la falta de respuesta de la demandada al conocer el informe médico realizado a pedido del actor.

Ante la existencia de la cláusula novena con el procedimiento allí detallado para el supuesto de divergencias en la secuela determinada, la demandada debió brindar respuesta y no guardar silencio considerando que nada más tenía que debatir sobre la liquidación de la prestación a su cargo.

Por el contrario, siendo ella la que predispone la cláusula en cuestión y la que reviste la calidad de profesional en el contrato celebrado, debió impulsar tal procedimiento e informar al actor sobre este aspecto para

cumplir con su obligación en los términos en los que ha sido pactada.

Tal modo de obrar configura, en mi consideración, un incumplimiento al deber de brindar trato digno al actor, tal como este alega en su demanda, y en el modo en que ha sido entendido tal deber por la alzada local al señalar en autos "Idañez" (CAGR, Se. 77/2018 del 25/09/2018), que *"...El trato digno implica dirigirse hacia una persona con el respeto que se merece por su condición de ser humano, otorgándole la debida atención y consideración para que no vea afectada su dignidad ni su honor. Cualquier conducta que esté por fuera de él, que lesione o afecte sus derechos más íntimos o su esfera íntima o moral, atentará contra su dignidad. La exigencia de condiciones de atención y trato digno apunta al respeto del consumidor como persona que no puede ser sometida a menosprecio o desconsideraciones ni mortificaciones..."*.

El incumplimiento se genera, entonces, al guardar silencio cuando debió responder y, con ello obligar al actor a transitar todo el derrotero que culmina en este proceso.

XIV.- Las circunstancias alegadas (falta de información clara tanto en la redacción de la póliza como en el peritaje realizado), sumada a la falta de designación de un tercer perito, de pago oportuno de la liquidación mediante consignación, y al silencio mantenido cuando debió responder la comunicación del actor, implican incumplimientos a obligaciones de resultado a cargo de la demandada que habilitan la demanda por cumplimiento de la prestación y, en principio, comprometen la responsabilidad por mora de la aseguradora.

XV.- Para completar el análisis y evaluar si resulta procedente el pago de la indemnización de daños y perjuicios y de la sanción punitiva, cabe analizar los rubros cuyo pago se solicita en la demanda, esto es, **a)** daño

directo (a la integridad física) \$ 660.000; **b)** daño moral \$ 500.000; **c)** daño psíquico y tratamiento psicológico \$ 768.000; y **d)** daños punitivos \$ 1.000.000.

XVI.- Daño directo. Bajo este concepto se reclama el cumplimiento de la prestación oportunamente contratada para el supuesto de acontecer un siniestro que genere incapacidad, estimándose la misma en la suma de \$ 660.000 pero sin brindar las pautas por las cuales se arriba a ese monto.

En este punto cabe estar a los términos de la póliza según la cual se multiplica el porcentaje de incapacidad por la suma asegurada.

En el caso, respecto del porcentaje de incapacidad he de estar al informe pericial médico practicado en autos, pero excluyendo los factores de ponderación, agregando sobre la incapacidad de la muñeca un 5% por ser mano hábil (conforme baremo de la póliza e informe de auditoria que señala el carácter de "diestro" del actor), y valorando las secuelas según el método de capacidad restante, tal como lo indica la póliza y lo ha estimado el perito

Por ello, la incapacidad que valoro es la siguiente: a) limitación hombro izquierdo 18%; b) limitación muñeca derecha 10,66% (13% de 82%) más 0.53% (5% de 10,66%): Total 29,19%.

En este punto debo señalar que si bien la aseguradora, al impugnar la pericia médica, solicitó al perito que se expida en los términos de la póliza, tal situación resultaba improcedente porque no fue ofrecido como prueba por dicha parte, siendo extemporánea su incorporación al contestar el traslado del informe.

Aplicando el porcentaje indicado sobre la suma asegurada, conforme Cláusula Adicional CE-2, Cláusula 1, de la póliza vigente, el rubro procedería por la suma de \$ 642.180 ($\$ 2.200.000 \times 29,19\% = \$$

642.180), más intereses a la tasa activa fijada por doctrina legal.

Ahora bien, tengo en consideración que la parte actora solicitó la actualización de la suma indemnizatoria, que la demandada se hallaba en mora por cuanto no abonó en término (15 días desde que, en su tesis, determinó la prestación) ni consignó el pago, y que el Superior Tribunal de Justicia provincial ha dictado los fallos "Levian" (STJRNS1, Se. 02/25 y aclaratoria 14/25) e "Ilú" (STJRNS1, Se. 16/2025) atendiendo al efecto de la inflación sobre las sumas aseguradas.

Por tal motivo es que considero aplicables al caso las consideraciones vertidas en el fallo Ilú, donde se accionó por cumplimiento de contrato de seguro patrimonial y se dijo que *"...mantener el límite de cobertura por daño total en el valor nominal de \$ 60.400, fijado al momento de la concertación del contrato de seguro (09-11-12), resulta abusivo y contrario a la buena fe en la ejecución del contrato. Tal circunstancia evidencia un ejercicio antifuncional de los derechos subjetivos de la aseguradora, generando un desequilibrio injustificado en los derechos y obligaciones de las partes contratantes.*

Si bien las cláusulas de delimitación del riesgo asumido por las aseguradoras no pueden considerarse de manera automática abusivas, su aplicación en determinadas circunstancias sobrevinientes puede derivar en un desequilibrio contractual, reduciendo sustancialmente las cargas de una parte en perjuicio de la otra (cf. arts. 42 de la Constitución Nacional; 3, 37 y ccdtes. de la Ley 24.240 y Decreto 1.798/94; cf. SCBA, Ac. 119.088 del 21-02-18).

Obsérvese que aun aplicando a la suma asegurada por daño total (\$ 60.400) las tasas de interés establecidas para cada uno de los períodos ("Jerez", "Guichaqueo", "Fleitas"), desde el momento del siniestro (25-03-13) a la fecha de la sentencia de Primera Instancia (05-02-24), el

resultado asciende a \$ 402.456,92 (suma asegurada \$ 60.400 + 342.056,92 de intereses), lo que dista de cumplir con la finalidad económica jurídica del contrato. En la especie, mantener indemne al asegurado por el riesgo total del automotor marca Volkswagen Gol 1.4 3 P Power Plus Modelo 2012, que al tiempo del siniestro tenía solo 4 meses de uso.

No obsta a lo expuesto, la circunstancia de que la suma asegurada tuviera una proporción adecuada con el valor real del vehículo al momento del siniestro, pues resulta notorio que, ante la situación macroeconómica del país desde la fecha de contratación de la póliza, sumado a la mora de la aseguradora en el cumplimiento del contrato, ese monto nominal perdió su significación económica.

En este contexto, la aplicación literal de la cláusula de delimitación cuantitativa del riesgo contenida en la póliza se torna abusiva y frustra la finalidad económica del seguro, contrariando el principio de indemnidad del patrimonio del asegurado.

En tal inteligencia, permitir a la aseguradora limitar su responsabilidad a la suma asegurada, cuando ha incurrido en una mora prolongada -en este caso, casi 12 años- implica una vulneración de los principios fundamentales del derecho contractual y del contrato de seguro, además de los que rigen el enriquecimiento sin causa y la mora..."

Por ello se declaró "...la nulidad del límite de cobertura establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza N° 17/292422 por daño total (CG-DA 04.2) y de la Cláusula CG-DA 4.2 - Daño Total, punto III..." y se dispuso que "...el límite de la cobertura del seguro aplicable al caso será la suma que la aseguradora utiliza en la actualidad para asegurar automóviles semejantes al siniestrado, con más los intereses a la tasa del 8% anual desde el hecho (25-03-13) hasta la fecha en que se fije el nuevo valor y de allí hasta su efectivo pago, los intereses moratorios que deberán

calcularse conforme la doctrina legal fijada en "Machin"...".

Ahora bien, siendo que no cuento en esta instancia con la información que me permita analizar la razonabilidad del límite de cobertura en base a las pautas del fallo citado, he de diferir la cuantía del presente rubro a la etapa de cumplimiento y/o ejecución de sentencia.

Allí deberán las partes acreditar la suma que la aseguradora utiliza en la actualidad para asegurar accidentes personales como el que motivó este proceso, para poder realizar la comparación entre los importes que surjan de aplicar el porcentaje de incapacidad determinado en autos (29,19%) sobre la suma asegurada establecida en la póliza N° 45.505.014, más intereses a tasa activa desde la mora de la aseguradora, y aplicar dicho porcentaje sobre el valor actual más intereses a la tasa del 8% anual desde el hecho hasta el momento en que se practique tal liquidación.

Y de ese modo, determinar el monto por el cual procede el rubro, más sus intereses.

XVII.- Respecto a los rubros indemnizatorios solicitados (daño moral y daño psíquico), cabe recordar que los daños que se reparan deben ser consecuencia del incumplimiento del contrato, no del siniestro que generó la contingencia amparada por la cobertura, por cuanto esta última se rige por los términos de la póliza en cuestión, mientras que la mora de la aseguradora habilita la reparación de los menoscabos que sean consecuencia de ésta última situación, tal como se expuso con anterioridad mediante cita de jurisprudencia del Tribunal Superior de esta provincia.

XVIII.- Con la salvedad apuntada cabe considerar los conceptos reclamados, esto es, daño moral estimado en \$ 500.000 y daño psíquico y tratamiento psicológico por la suma de \$ 768.000.

XIX.- Daño moral. Sostiene el actor que la falta de información, de

respuesta y la postura de la aseguradora frente al siniestro, además de configurar una violación al deber de brindar trato digno al actor, han generado el daño extrapatrimonial cuya reparación solicita.

Este daño se configura, según expresa, por el malestar, inquietud, preocupación e incertidumbre que toda la situación le generó desde que se produjo el siniestro a la fecha, motivando que deba atravesar un largo camino para obtener la respuesta a su reclamo.

Para analizar el rubro tengo en consideración que el mismo se genera por padecimientos de índole extrapatrimonial, que las reglas de la carga probatoria se rigen por lo dispuesto en el art. 1744 del CCyC, y en numerosos casos no se requiere prueba directa por cuanto se puede presumir de los mismos hechos del proceso, siendo además, en el régimen actual, indistinta la fuente del daño (contractual o extracontractual) para analizar la procedencia del rubro (STRJNS1, Se. 45/2021, “Daga Pablo”).

También que, a la hora de cuantificarlo, el art. 1741 establece que *“...El monto de la indemnización debe fijarse ponderando las satisfacciones sustitutivas y compensatorias que pueden procurar las sumas reconocidas...”*; y que la sentencia debe *“...evaluar concreta y fundadamente las repercusiones que la lesión infirió en el ámbito subjetivo de la víctima o, lo que es igual, individualizar el daño, meritando todas las circunstancias del caso; tanto las de naturaleza subjetiva (situación personal de la víctima), como las objetivas (índole del hecho lesivo y sus repercusiones). Asimismo y en la conveniencia de adoptar parámetros razonablemente objetivos, corresponde ponderar de modo particular, los valores indemnizatorios condenados a pagar por otros Tribunales en casos próximos o similares...”* (STJRNS1, Se. 04/2018, in re: “Tambone”).

A partir de las premisas indicadas, considero que asiste razón a la parte actora cuando señala que los vicios de información, la falta de

respuesta con la necesidad siguiente de tramitar este expediente, sumado al incumplimiento del contrato, tienen aptitud causal para general el padecimiento extrapatrimonial (inquietud, preocupación, malestar, incertidumbre entre otras circunstancias) que configuran daño moral resarcible, por lo que resulta procedente el rubro.

Para determinar su cuantía tengo en cuenta que el importe reclamado (\$ 500.000), actualizado desde la demanda a la fecha asciende a \$ 2.397.579.

Luego, como criterio objetivo, he de valorar las indemnizaciones otorgadas por daño moral en precedentes similares dictados por la Excma. Cámara local de Apelaciones de esta ciudad, identificados según el número de sentencia asignado en el Protocolo Digital del Poder Judicial provincial, donde se registró incumplimiento de la aseguradora en el pago de la suma asegurada.

a) Se. 111/2020 "Gatica", \$ 50.880 al 04/02/2020, que actualizados a la fecha ascienden a \$ 350.362,36;

b) Se. 79/2024 "Alvarado Méndez", \$ 1.000.000, estimados al día 06/02/2024, que actualizados a la fecha ascienden a \$ 3.575.299;

c) Se. 119/2023 "Montiano Lentsch", \$ 600.000.- estimados al día 20/02/2023, que actualizados a la fecha ascienden a \$ 3.020.378.

Se aclara que las sumas indicadas han sido actualizadas a la fecha mediante la aplicación de la tasa activa, conforme criterio sostenido por la alzada local en autos "Marilef", donde se dijo *"...que a partir del precedente "ROMERO" de este tribunal, a cuya íntegra lectura remito a las partes, este tribunal, en virtud de la modificación de las circunstancias económicas resolvió a los fines de la comparación de casos similares para la ponderación y cuantificación del daño moral, que la otorgada en*

aquéllos debía actualizarse -en principio- con la tasa de interés vigente ("MACHIN") desde que la sentencia fue dictada hasta la fecha de la sentencia más actual en la que se cuantifica el rubro, debiendo evaluarse además la intensidad y extensión del daño y demás circunstancias..." (CAGR, Se. N° 75/2025 del 21/04/2025).

Por último, en los términos previstos por el art. 1741 del CCyC, he de analizar bienes y servicios que generalmente brindan "...satisfacciones sustitutivas y compensatorias...", tales como viajes a destinos turísticos de nuestro país, o productos tecnológicos y/o deportivos, que se detallan a continuación indicando sus valores que se obtienen de consultas en internet.

Surge así que:

a) un viaje para dos personas desde la ciudad de Neuquén hacia la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que incluye pasajes aéreos y estadía por siete días, tiene un valor promedio de \$ 1.900.000.- a la fecha de la presente sentencia (www.despegar.com.ar);

b) una notebook de última generación tiene un valor promedio de \$ 2.700.000.- a la fecha de la presente sentencia (www.mercadolibre.com.ar);

c) un celular de última generación tiene un valor promedio de \$ 3.000.000.- a la fecha de la presente sentencia (www.mercadolibre.com.ar).

Por lo que, teniendo en consideración las afecciones personales reseñadas, las sumas solicitadas por el actor, las otorgadas en precedentes similares citados, y el valor de bienes y servicios conforme art. 1741 del CCyC, considero razonable y prudente cuantificar este rubro daño moral, que se caracteriza por su naturaleza esencialmente resarcitoria, en la suma de \$ 3.000.000.- a la fecha de la presente sentencia, importe que resulta proporcionado a los casos citados, al monto petitionado y suficiente para

adquirir los bienes detallados.

Dicho importe llevará intereses desde el día 19/02/2021 (fecha del siniestro que origina todo el derrotero transitado) a la fecha de la presente sentencia a la tasa del 8% anual, y a partir de entonces y hasta su pago, a la tasa fijada por la doctrina del Superior Tribunal de Justicia en autos "Machin" (STJRNS3, Se. 104/24 del 24/06/24), Acordada N° 23/25 y/o la que en el futuro la reemplace.

XX.- Daño psíquico y tratamiento psicológico. Se reclama por estos conceptos la suma de \$ 768.000.

Al respecto cabe señalar que el rubro resulta, en mi consideración, improcedente por cuanto el daño psíquico no resulta resarcible de manera autónoma a la luz de lo dispuesto por el art. 1.741 del CCyC y la doctrina emanada del fallo "Linares" (STJRNS3, Se. 90/2018), y porque no es un daño que esté incorporado al contrato como contingencia o secuela indemnizable.

Por otra parte, en relación a la necesidad de realizar terapia, la pericia psicológica practicada en autos hace referencia a la existencia de un trastorno por estrés postraumático en el actor, pero como secuela del siniestro sufrido en fecha 19/02/2021, no como consecuencia del incumplimiento de la prestación debida.

Es por ello que, conforme se dijo anteriormente, guardar tal daño relación causal con el incumplimiento, no resulta indemnizable, por cuanto no se ha generado como consecuencia de la mora de la aseguradora.

Y, como daño con secuela invalidante, no está cubierto por el seguro contratado, de modo que habilite el reclamo de cumplimiento obligacional.

En consecuencia, se rechaza el rubro en su totalidad.

XXI.- Daños punitivo. Se solicita por dicho concepto el pago de \$ 1.000.000. alegando incumplimientos a deberes legales y contractuales que ameritan la sanción.

Para analizar la misma, tengo en consideración las pautas fijadas por nuestro Superior Tribunal provincial en cuanto a los requisitos de procedencia fijados en autos "Cofré" (STJRNS1, Se. 09/2021), los indicados en autos "Gallego" (STJRNS1, Se. 44/2022), "Campos" (STJRNS1, Se. 49/2024), "Fabi" (STJRNS1, Se. 63/2024), la pauta fijada en autos "Bartorelli" (STJRNS1, Se. 133/2023) a los fines de valorar la razonabilidad del monto que se pudiera imponer como sanción, y "Majnach" (STJRNS1, Se. 04/2025) en relación a la escala aplicable y vigencia temporal de Ley N° 27.701 (B.O. 1/12/2022).

También que tiene dicho la alzada local (CAGR, Se. [280/2025](#) , "Marchetti") que *"... el daño punitivo ´..., se trata de una herramienta de prevención del daño que se aplica como sanción a quien ha actuado con grave indiferencia hacia los derechos del consumidor. Solo procede, entonces, ante la intención o suficiente negligencia que, como tal, amerite sanciones con el fin de desanimar la ocurrencia futura de acciones similares. Y si bien es cierto que ha sido criticado el alcance amplio con el que ha sido legislada dicha multa civil, en cuanto refiere a cualquier incumplimiento legal o contractual, en la actualidad existe consenso dominante tanto en la doctrina como en la jurisprudencia en el sentido de que los daños punitivos solo proceden en supuestos de particular gravedad, calificados por el dolo o culpa grave del sancionado o por la obtención de enriquecimientos indebidos derivados del ilícito o, en casos excepcionales, por un abuso de posición de poder, particularmente cuando ella evidencia menosprecio grave por derechos individuales o de incidencia colectiva. La aplicación de la multa civil tiene carácter*

verdaderamente excepcional y está reservada para casos de gravedad, en los que el sujeto hubiera actuado, precisamente, con dolo -directo o eventual- o culpa grave -grosera negligencia-, no siendo suficiente el mero incumplimiento de las obligaciones "legales o contractuales con el consumidor" mencionadas por el precepto, sino una particular subjetividad, representada por serias transgresiones o grave indiferencia respecto de los derechos ajenos. (cf. CNCom., Sala D, "Hernández Montilla, Jesús Alejandro c. Garbarino S.A.I.C.E.I. y otro s/Sumarísimo" del 03.03.2020)... " (...) Tales parámetros se han visto replicados en "CAMPOS, FACUNDO" del 30/05/24 donde se hizo hincapié en que la herramienta procedía en casos de grave indiferencia hacia los derechos del consumidor, que solo procede ante la intención o suficiente negligencia que, como tal, amerite sanciones con el fin de desanimar la ocurrencia futura de acciones similares y en los que el sujeto hubiera actuado, precisamente, con dolo -directo o eventual- o culpa grave -grosera negligencia. Finalmente, en 'FABI, MARIA BELEN', del 25/06/2024, se reiteró el carácter excepcional de la figura. Allí se dijo que no basta un simple daño, sino que debe tratarse de un perjuicio que por su gravedad y trascendencia social exija una sanción ejemplar a fin de evitar una reiteración de la conducta dañosa".

Dicho esto, si bien existieron incumplimientos, no advierto que las conductas de las demandadas encuadren en una conducta disvaliosa, así como tampoco en una grave indiferencia hacia el consumidor.

Si bien se corroboran los incumplimientos detallados por el magistrado, no encuentro que las conductas desplegadas por las co-demandadas configuren una conducta desaprensiva en un claro desmedro de los derechos e intereses de la consumidora demandante en autos.

Entiendo que lo acaecido no reviste una gravedad que justifique la

aplicación de la multa en concepto de daño punitivo. Adoptar el criterio contrario, implicaría desnaturalizar el instituto previsto en la Ley Defensa del Consumidor, aplicando de forma casi automática el rubro desatendiendo los hechos acreditados en la especie.

Reitero que, en el caso de autos, no logro observar por parte de los co-demandados la conducta merecedora del daño punitivo, pues analizando las premisas reseñadas con el criterio restrictivo expuesto con base en la doctrina legal, si bien en el caso de autos median incumplimientos de las demandadas, no encuentro configurada la conducta que amerite la sanción punitiva teniendo en cuenta el carácter verdaderamente excepcional, el supuesto de particular gravedad, el dolo directo o culpa grave del proveedor, o un enriquecimiento indebido..."

Siguiendo entonces la doctrina legal vigente en la materia y las pautas brindadas por la Excma. Cámara local de Apelaciones, en orden al carácter estricto de los requisitos que ameritan la imposición de la sanción punitiva, y siendo que más allá del incumplimiento de la prestación y deberes antes apuntados, no encuentro prueba que me permita tener por acreditados los requisitos que impone la norma para la aplicación de la sanción.

En consecuencia, he de rechazar el pedido de aplicación de la sanción punitiva.

XXII.- Excepciones de falta de legitimación pasiva y falta de acción. Por último, resta analizar las defensas opuestas por la demandada, fundadas en la presunta falta de cobertura de accidentes laborales y en el cumplimiento que alega la demandada al determinar la incapacidad y ofrecer el pago de la indemnización.

Teniendo en consideración que la cláusula 2 de las condiciones generales comunes, define el concepto de "accidente" como "...cualquier

acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria del que resulta una lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta..." y agrega que "...Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de su profesión declarada, en su vida particular, o mientras se encuentre circulando viajando en vehículo particular o público, terrestre o acuático, propio o ajeno, conduciéndolo o no, o en líneas de transporte aéreo regular...", y que, como se dijo anteriormente, la demandada no cumplió con el pago de la prestación a su cargo, la defensa resulta improcedente.

Así, resulta claro que el carácter laboral del siniestro no excluye la cobertura.

En consecuencia, se rechazan las defensas opuestas.

XXIII.- Conclusión. Lo expuesto me lleva a tener por acreditado que ha mediado incumplimiento de la prestación principal y de los deberes de información y trato digno que hacen procedente la demanda por los motivos, conceptos e importes señalados en los considerandos.

XXIV.- Costas. En cuanto a las costas corresponde imponerlas a la parte demandada en su calidad de vencida (art. 62 del CCyC).

XXV.- Honorarios. Base regulatoria. El monto que deberá tenerse en cuenta a los fines de la regulación de honorarios, será el que resulte de la sumatoria de capital más intereses que se determine en la etapa de cumplimiento y/o ejecución de sentencia.

Respecto de los honorarios correspondientes a los letrados intervinientes, al tratarse de un proceso sumarísimo, la escala aplicable surge de lo dispuesto por el art. 8º, párrafo tercero de la Ley G 2212 (del 6 al 11% del monto del proceso); pero se deja constancia que, si en la etapa procesal oportuna y una vez liquidados el capital e intereses, los honorarios

resultan inferiores al mínimo legal (10 JUS en conjunto para los letrados, más el 40% por apoderado de corresponder), la regulación se fija en dichos mínimos conforme art. 9 de la Ley G2212, tal como lo ha señalado por la Excma. Cámara de Apelaciones en autos "Brunetti Sofía Martina c/Jetsmart Airlines S.A. s/Sumarísimo" (Expte.n RO-27195-C-0000), R.I. N° 420/2023 del 24/08/2023.

Todo ello de conformidad con arts. 71 del CPCCRN, y arts. 6, 7, 8, 10, 11, 12, 20 y 40 Ley G 2212 y arts. 18 y 19 de la Ley G 5069.

Por los fundamentos expuestos, normas legales, jurisprudencia y doctrina citadas,

RESUELVO:

I.- Hacer lugar a la demanda interpuesta por el Sr. Sergio Hipólito Huenulef, y en su mérito condenar a La Segunda Compañía de Seguros de Personas S.A., a abonar a la actora la suma de \$ 3.000.000.- en concepto de indemnización de daños y perjuicios, más la suma que se determine en la etapa de cumplimiento o ejecución de sentencia en concepto de cumplimiento contractual; todo ello más los intereses determinados en los considerandos, en el plazo de diez (10) días corridos desde la firmeza de la presente sentencia y, en el caso de la suma asegurada, desde su determinación, bajo apercibimiento de ejecución.

II.- Rechazar las excepciones de falta de acción y de falta de legitimación pasiva opuestas por La Segunda Compañía de Seguros de Personas S.A., por las razones expuestas en los considerandos.

III.- Imponer las costas a la demandada en su condición de vencida (art. 62 del CPCC.).

IV.- Regular los honorarios del Dr. Juan Antonio Wilde en el 11% en

calidad de patrocinante del actor, y de la Dra. Marcela Saitta en el 9,8% (7% + 40% por apoderado) por su labor como apoderada y patrocinante de la demandada.

Regular los honorarios del perito médico Dr. Federico Ginnobili, del perito contador Jorge D. Wainstein y de la perita psicóloga Lic. María del Rosario Galván, en el 4% para cada uno de ellos.

En todos los casos el porcentaje se aplicará sobre el monto base que resulte de la oportuna liquidación de capital e intereses.

Asimismo, en el caso del perito contador, debe adicionarse el aporte al C.P.C.E., y en el caso de la perita psicóloga, la regulación comprende la efectuada de manera provisional en autos.

Se deja constancia que en la merituación de los honorarios se ha tomado en cuenta fundamentalmente la calidad de la actuación profesional, el carácter, la extensión, complejidad y etapas cumplidas de la causa, y el resultado obtenido a través de aquella. (Arts. 6, 7, 8, 10, 11, 12, 20 y 39 Ley G 2212), y que, si en la etapa procesal oportuna y una vez liquidados el capital e intereses, los honorarios resultan inferiores al mínimo legal (10 JUS en conjunto para los letrados, más el 40% por apoderado de corresponder y 5 JUS para peritos/as), la regulación se fija en dichos mínimos conforme art. 9 de la Ley G2212 y 19 de Ley 5065, tal como lo ha señalado por la Excma. Cámara de Apelaciones en autos "Brunetti Sofía Martina c/Jetsmart Airlines S.A. s/Sumarísimo" (Expte.n RO-27195-C-0000), R.I. N° 420/2023 del 24/08/2023.

V.- Regístrese y notifíquese en los términos previstos por los 120, y 138 del CPCC.

Notifíquese a la Caja Forense de la Provincia de Río Negro a cuyos efectos se vincula a la misma al presente proceso.

José María Iturburu

Juez.