

San Carlos de Bariloche, 02 de febrero de 2026

**VISTOS:**

Los autos caratulados **MUZIO, MARCELO NICOLAS C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ DAÑOS Y PERJUICIOS S/ COBRO DE PESOS (L.24240 ) BA-00839-C-2024** para dictar sentencia,

**RESULTA:**

A) Que con fecha 4/06/2024 Marcelo Muzio, por su derecho propio, demanda a la Caja de Seguros S.A la suma de \$9.711.723,32, por daños y perjuicios debidos a la falta de cobertura del contrato que los vincula, ocasionados a raíz del hecho que expone.

Relata que suscribió con la aseguradora La Caja, una póliza de seguro todo riesgo para su vehículo VW Suran dominio AA886YE, atento que el mismo estaba afectado al uso de Remisse.

Explica que el primer hecho siendo el día 01/04/23 el vehículo Suran iba circulando por Elordi en dirección al centro de la ciudad y fue impactado a la altura de la calle 2 de agosto del lado izquierdo por una Renault Sandero dominio AB808XA, provocando daños en puerta lado izquierdo lateral delantero y trasero, daños en el guardabarros delantero, daños en llantas delantera izquierda.

Manifiesta que se hizo el reclamo pertinente en el seguro por contar con la cobertura de todo riesgo el día 3/4/23, pero nunca le abonaron los daños.

Indica que el segundo hecho ocurrió el día 27/6/2023, la Suran se encontraba circulando por Av. Los pioneros, ingresando a la rotonda del Km. 8 de Pioneros impacta su parte delantera lado conductor con la parte trasera lado acompañante de un vehículo Gol trend, dominio AD384MZ que se encontraba circulando en la mencionada rotonda.

Refiere que el Impacto provocó daños en el paragolpes, capot, guardabarros lado conductor hundido de la Suran, que se realizó la denuncia el día 06/07/2023 y en este

caso no se rechazó formalmente el siniestro pero nunca se recibió ningún tipo de oferta por parte de la aseguradora y que debido a dicho accidentes el vehículo Suran se vio imposibilitado después del segundo accidente de continuar circulando.

Describe los daños que reclama. Ofrece prueba y funda su demanda en derecho.

**B)** Que con fecha 7/08/2024 se presenta a contestar demanda Caja de Seguros S.A, solicitando el rechazo de la misma con costas.

Niega los hechos invocados en la demanda y la autenticidad de la documental acompañada.

Reconoce que entre su mandante y el actor Sr. Muzio Marcelo Nicolas existía vigente a la época en que dice que ocurrió el primer siniestro (1/4/23), un contrato de seguro que - entre otros riesgos- amparaba por daño parcial al vehículo del actor VW SURAN PATENTE: AA886YE suma asegurada \$ 3.938.000,00 y franquicia a su cargo de \$443.670 conforme póliza de seguros 6240-0100539-01 que se acompaña al presente.

Señala que en la época en que dice haber sufrido el otro siniestro, esto es al 27 de junio de 2023, estaba vigente la póliza 6240-0100539-03 que lo amparaba por daño parcial al vehículo del actor VW SURAN PATENTE: AA886YE, suma asegurada \$3.938.000,00 y franquicia a su cargo de \$ 443.670 cuya póliza acompaña.

Alude que en el hipotético caso que su parte deba responder deberá ser dentro de los límites y condiciones expuestos precedentemente.

Refiere, en relación al primer siniestro, que ante el reclamo del asegurado le envió carta documento solicitando que cumpliera con las cargas previstas en la ley de seguros y ante su incumplimiento se procedió a rechazar el mismo.

Con respecto al segundo siniestro, señala que el asegurado realizó la denuncia pero no el reclamo de sus daños parciales, lo cual se registró la misma ante el eventual reclamo del tercero. Asimismo, la aseguradora le envió carta documento al asegurado a los fines de que cumpliera con las cargas que nunca hizo.

Afirma que el asegurado nunca cumplió con las cargas a su cargo, por lo que no le asiste legitimación para realizar el reclamo que aquí pretende y menos el daño punitivo que alega; y que no existe mora de su parte.

Sostiene que no corresponde indemnizar al actor por daño moral ni por daño punitivo en base a las razones que expone.

Ofrece prueba y funda sus respuesta en derecho.

**C)** Que mediante providencia del 28/08/24 se recibió la causa a prueba, proveyéndose la misma con fecha 8/11/24.

**D)** Que con fecha 10/11/2025 la Secretaría de la OTICCA certificó la prueba.-

**E)** Que con fecha 10/11/2025 se clausuró el periodo probatorio y se pusieron los autos para alegar y con fecha 20/11/2025 alegó la parte actora y con fecha 25/11/25 lo hizo la demandada.

**F)** Que con fecha 04/12/2025 la Fiscal Jefe contestó la vista conferida en los términos del art. 52 de la Ley N.º 24240.

**G)** Finalmente, mediante providencia de fecha 16/12/25 se llamó autos a sentencia.

**Y CONSIDERANDO:**

**1º)** En primer término cabe aclarar que no resulta aplicable al caso el régimen legal de Defensa del Consumidor (Ley 24240).

De acuerdo con el artículo 1º de dicha ley, "... Se considera consumidor a la persona física o jurídica que adquiere o utiliza, en forma gratuita u onerosa, bienes o servicios como destinatario final, en beneficio propio o de su grupo familiar o social.

Es decir, que la normativa exige que los bienes o servicios que se adquieran o se utilicen sean "como destinatario final, en beneficio propio o de su grupo familiar o social"

poniendo así su foco en el destino que le dará el sujeto a los bienes y servicios que consume.

Por ende, excluye de ese ámbito normativo el supuesto en que la persona destine los bienes o servicios para ser comercializados o transferidos.

En concordancia con ello, el art. 1093 del Código Civil y Comercial de la Nación establece que: "el contrato de consumo es el celebrado entre un consumidor o usuario final con una persona humana o jurídica que actúe profesional u ocasionalmente o con una empresa productora de bienes o prestadora de servicios, pública o privada, que tenga por objeto la adquisición, uso o goce de los bienes o servicios por parte de los consumidores o usuarios, para su uso privado, familiar o social".

En el caso que nos ocupa, el contrato celebrado por las partes no tenía como destino final un uso privado, familiar o social, ya que el automotor fue asegurado para el uso de remis.

De modo que, los servicios contratados en el seguro en cuestión, no cumplen con la condición de "destino final" exigido tanto por la Ley de Defensa del Consumidor 24.240 (art. 1) como por los arts. 1091 y 1092 del CCyC, por lo que resulta inaplicable en la especie el régimen regulado por las citadas normas de protección al consumidor.

En consecuencia, corresponde excluir al accionante de la condición de consumidor, por cuanto contrató el seguro con la compañía demandada, para desplegar su actividad profesional, y no con destino final para uso privado o familiar.

En este sentido, el Superior Tribunal de Justicia de Río Negro ha dicho que: "En consecuencia, no son relaciones de uso o consumo, ni es posible afirmar la presencia de un consumidor o usuario en sentido legal, cuando el adquirente se halla interesado en los valores cuya adquisición pretende, no en cuanto tales, sino en cuanto fuente directa o indirecta de nuevos y mayores valores de cambio, ya sea porque vaya a proceder directamente a su reintroducción en el mercado, sometido o no a un previo proceso de transformación, ya porque los vaya a reintroducir en el mercado en forma indirecta, mediante su integración en el ejercicio de una actividad empresarial o profesional. Por

tanto, tampoco cabe hablar de relación de consumo ni de consumidor o usuario, en sentido legal, en el caso de las relaciones interempresariales o interprofesionales, o sea, cuando las dos partes de la relación de que se trate son y actúan en calidad de profesionales o empresarios, y ello con independencia de posible desequilibrio o diferencia del poder económico o intelectual o de mercado de cada una de las partes. (cf. Rinessi, Antonio Juan, Relación de consumo y derechos del consumidor, Ed. Astrea, págs. 34/39)" (STJ "Gonzalez Lorena Asunción c/ Federación Patronal Seguros S.,A S/ Daños y Perjuicios" Secretaría Civil, sentencia definitiva, 76-13/10/2022)

**2º)** Sentado ello, debe señalarse, que no hay controversia en cuanto a que las partes celebraron dos contratos de seguro, instrumentados bajo las pólizas N.º 6240-0100539-01 y N.º 6240-0100539-03, las cuales amparaban por daño parcial al vehículo del accionante VW SURAN, dominio AA886YE, y que se encontraban vigentes a la época de los siniestros ocurridos con fecha 1/04/23 y 27/06/2023, denunciados por la parte actora.

Por un lado, en relación al primer siniestro, el accionante manifiesta que ocurrió en la calle Elordi y 2 de agosto, provocando daños en la puerta del lado izquierdo, lateral delantero y trasero, daños en el guardabarros delantero, y en la llanta delantera izquierda, y que efectuó el reclamo pertinente en el seguro por contar con la cobertura todo riesgo, el día 3/04/23, pero nunca le abonaron los daños.

En contraposición, la aseguradora refiere en relación a dicho siniestro, que le envió a la accionante carta documento solicitando cumplir con las cargas previstas en la ley de seguros y ante su incumplimiento se procedió a rechazar el mismo, mediante carta documento.

Que, en base a tal marco jurídico, pasaré a analizar a continuación si existió o no el incumplimiento contractual alegado en la demanda; y en su caso, si resultan procedentes los reclamos formulados por la parte actora.

Del análisis del material probatorio producido en la causa, se desprende que el siniestro ocurrido el día 1/04/2023 fue denunciado por el accionante ante la compañía demandada con fecha 3/04/2023 (ver Anexo I, denuncia de siniestro N°699186).

Frente a ello, la aseguradora le requirió mediante carta documento N° 40195650 de fecha 9/06/2023, información complementaria en los términos del art. 46 de la Ley N°17418, y ante el incumplimiento del asegurado, procedió a rechazar la cobertura, a través de la carta documento de fecha 30/06/2023 N°48581007 remitida a su domicilio.

Que dichas misivas fueron corroboradas en autos mediante la prueba informativa dirigida a OCA obrante con fecha 02/12/2024. (art.356 del C.P.C.C)

Ahora bien, lo cierto es que a la fecha en la cual la aseguradora le requirió al asegurado la información complementaria prevista por el art. 46 de la Ley N.º 17418 (carta documento del 9/06/2023, recibida el 16/06/2023 conforme informó OCA), ya se encontraba vencido el plazo de 30 días previsto por el art. 56 del mismo cuerpo legal para que se pronunciara acerca del derecho del asegurado. Razón, por la cual, tal omisión de expedirse dentro del plazo previsto importa la aceptación de los derechos del asegurado (art. 56 de la Ley 17418)

Es decir que se encontraba feneida la oportunidad para requerir la información complementaria.

En este sentido, tiene dicho el STJ en los autos caratulados “Alderete Alberto Victor c/ Federación Patronal Seguros S.A s/ Cumplimiento de contrato s/Casación (Expte. N.º BA-07723-C-0000),16/05/2024, “...Aun cuando la compañía aseguradora se encargó de poner en duda el siniestro es evidente que, conforme a lo dispuesto en el art. 56 LS, debió pronunciarse sobre la pretendida declinación de la cobertura dentro del plazo legal estipulado pues, si no lo hace, su silencio le trae aparejado consecuencias jurídicas que la comprometen en juicio, tal como es -nada menos- el reconocimiento tácito de la función de garantía que se le reclama. (Voto del Dr. Barotto por la mayoría) .

En consecuencia, al haber omitido en tiempo oportuno cumplir con la carga prevista en la norma (art. 56 de la Ley 17418), resulta improcedente adentrar a analizar los alcances de la información requerida y las posteriores actuaciones de las partes, por cuanto operó la aceptación tácita de la cobertura. Motivo por el cual, corresponde acceder favorablemente al reclamo formulado por la parte actora, respecto del siniestro acontecido con fecha 1/4/2023.

A todo evento, cabe señalar, que el pedido de la documentación complementaria efectuado por quien sería el liquidador de la aseguradora no se encuentra debidamente justificado ni se detalla cuál sería la documentación faltante ya que del informe realizado por el liquidador del siniestro se desprende la existencia de fotos y documentación relacionadas con el siniestro (ver presentación E001, del 12/11/24).

Es decir, que la aseguradora a través de un liquidador de seguros, ha formulado un pedido de documentación complementaria que presenta características generales y meramente formales, sin explicar los motivos o fundamentos por los cuales le fuera necesaria aquélla.

Y esta circunstancia se presenta en ambos siniestros reclamados, lo cual denota una modalidad de funcionamiento que no se encuentra ajustada a la buena fe que se debe tener al momento de la ejecución del contrato.

Al respecto, “Doctrinariamente se sostiene que la información complementaria prevista por el art. 46 de la ley 17.418, en consonancia con el principio de buena fe, deben ser pertinentes, en el sentido de que la información requerida no resulte disponible ni factible de obtener al asegurador por sí. En síntesis: la carga complementaria debe estar referida a información y conductas concretas, necesarias, atinentes al siniestro denunciado y conducentes a su verificación y extensión (Rubén S. Stiglitz, Derecho de Seguros, La Ley, Buenos Aires, 2008, Tomo II, págs. 312/313).

Se ha expuesto que “La facultad del asegurador debe ser ejercida de modo razonable, a cuyo efecto habrá de tenerse presente que sólo habrá de calificarse como tal la información o la prueba requerida, si en el primer caso es objetivamente factible de ser respondida por el asegurado, y, en el segundo (requerimiento de prueba), si es objetivamente razonable que el asegurado disponga de la misma y si, además, si es necesaria” (conf. Stiglitz, Derecho de Seguros, 2a. de. Actualizada y ampliada, T II, La Ley 2016, página 658).

Asimismo “La razonabilidad del o de los requerimientos deberá juzgarse en cada caso en particular, atendiendo a la naturaleza del riesgo, las circunstancias del evento y las condiciones personales del asegurado, así como la posibilidad real de satisfacerlos por

parte de éste, extremos que deberá, también ser valorado en cada caso, pues debe evitarse que, mediante esos pedidos complementarios, se concrete una conducta frustratoria de la ley". Además, "Si la información complementaria requerida o las indagaciones exigidas por el asegurador carecen de razonabilidad, pues no son conducentes a los fines de verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y, por ello, exceden la finalidad prevista por el art. 46-2 y 3, Ley de Seguros, debe tenerse por no efectuada, por lo que el plazo del artículo 56, de treinta días corridos desde la denuncia del siniestro no queda interrumpido". (Derecho de Seguros, Rubén Stiglitz, Abeledo Perrot, Tº II, página 171)."

(UNIDAD JURISDICCIONAL CIVIL N° 1 – VIEDMA, SARRICOUET, ARIEL ENRIQUE C/ COMPAÑÍA DE SEGUROS LA MERCANTIL ANDINA S.A. S/ SUMARÍSIMO - DENUNCIA LEY 24.240, sentencia nro. 99 del 28/11/2025).

3º) Que igual suerte ha de correr el reclamo formulado por el accionante en relación al siniestro de fecha 27/06/2023, puesto que si bien la información complementaria fue requerida por la compañía demandada dentro del plazo de los 30 días previsto por el art. 56 de Ley de Seguros 17418, lo cierto es que luego del vencimiento del plazo de 72 horas por el cual intimó al accionante, la compañía nunca se pronunció en torno a su derecho, tal como lo hizo ante el reclamo del primer siniestro antes mencionado, con lo cual tal omisión importa aceptación del derecho del asegurado.

En este sentido, tiene dicho el STJ en los autos caratulados "Alderete Alberto Victor c/ Federación Patronal Seguros S.A s/ Cumplimiento de contrato s/Casación (Expte. N.º BA-07723-C-0000), 16/05/2024, "...que el hecho de no manifestarse de manera expresa o de forma clara en el plazo legal se presenta, respecto de quien tiene la carga legal de hacerlo, como irrespeto al principio de buena fe contractual que campea en el caso (art. 961 del CC y C)

La Corte Suprema de Justicia de la Nación se ha ocupado de referenciar a la buena fe como un principio general del derecho nacional, al señalar, por ejemplo, que los contratos deben celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe y de acuerdo con lo que verosímilmente las partes entendieron o pudieron entender, obrando con cuidado y previsión (Fallos: 305:1011, considerando 9 y sus citas, entre otros), por lo que es

exigible a los contratantes un comportamiento coherente, ajeno a los cambios de conducta perjudiciales, y debe desestimarse toda actuación que implique un obrar incompatible con la confianza que -merced a sus actos anteriores- se ha suscitado en la otra parte (Fallos: 315:890, entre otros). Es que el principio cardinal de la buena fe informa y fundamenta todo nuestro ordenamiento jurídico, tanto público como privado, al enraizarlo en las más sólidas tradiciones éticas y sociales de nuestra cultura (Fallos: 312:1725, considerando 10).

En consecuencia, pesaba sobre la aseguradora la carga inexorable de pronunciarse en los términos del art. 56 de la Ley 17418.

Además, la aseguradora invocó al contestar la demanda en estas actuaciones, con respecto a este siniestro, que la parte actora no había efectuado el reclamo por los daños y que por ello no abonó los mismos.

Sin embargo, de las actuaciones acompañadas al expediente no se desprende tal circunstancia alegada, ya que no se observan diferencias entre las denuncias de los dos siniestros como para interpretar que el segundo siniestro no se trataba de un reclamo de cobertura dirigido a la aseguradora.

A su vez tal postura que sostiene la aseguradora al contestar la demanda aparece como contradictoria a su conducta llevada a cabo durante el curso de la denuncia del siniestro, ya que la propia aseguradora reconoce que le requirió información complementaria al asegurado, lo cual implica que efectivamente dicha denuncia importó un reclamo por el segundo siniestro.

Por lo tanto, aparece como improcedente el argumento vertido por la aseguradora para no cubrir el daño que denunció el asegurado por el segundo siniestro.

**4º) Que, entonces, ante el incumplimiento incurrido por parte de la aseguradora, corresponde tratar los daños reclamados.**

**5º) Que el daño a resarcir debe cumplir con los requisitos necesarios para su procedencia: ser directo o indirecto, actual o futuro, cierto y subsistente (art. 1739 del**

CCyC); y son resarcibles las consecuencias inmediatas y mediatas previsibles (art. 1726 y 1727 del CCyC).

**6º) Que a los fines de fijar la indemnización conviene distinguir entre daño patrimonial (art. 1738 del CCyC), que consiste en un perjuicio en el patrimonio del damnificado (lo que la persona tiene); y el daño extrapatrimonial (art. 1741 del CCyC), que menoscaba la integridad psicofísica, espiritual y social, a las proyecciones existenciales de la persona misma (lo que la persona es).**

Pero no necesariamente el daño a un bien patrimonial causa en forma exclusiva un daño patrimonial, pues también puede causar un daño extrapatrimonial. Y lo mismo ocurre a la inversa.

Por ello, Zannoni ha dicho que: "Es incorrecto calificar la naturaleza del daño en razón de la naturaleza del bien, u objeto de satisfacción, que ha sufrido menoscabo". A su vez, dicho autor ha referido que el daño patrimonial está conformado por dos elementos: uno, constituido por la pérdida sufrida en un bien que ya estaba incorporado al patrimonio (daño emergente); y otro por la ganancia frustrada, es decir un bien que no se incorpora al patrimonio (lucro cesante).

Y por otro lado, ha sostenido que por daño actual debe entenderse el "... menoscabo perjuicio ya operado y subsistente en el patrimonio del damnificado al momento de la sentencia..."; y, por daño futuro, "...aquel que todavía no se ha producido, pero que ciertamente acaecerá, luego de la sentencia...".

(Zannoni, Eduardo A., "El daño en la responsabilidad civil", págs. 47, 52, 89 y 97 Ed. Astrea, 2005).

**7º) Que, de acuerdo con ello, en este caso debe indemnizarse el daño patrimonial que asciende a la \$8.113.704, valor actualizado de los presupuestos acompañados a la demanda cuya autenticidad fue demostrada mediante las respuestas de los informes agregados el 06/03/25 y 07/11/25.**

Dichos presupuestos se condicen con los daños reclamados y que se exhiben en las

fotos que se adjuntaron a la demanda.

En base a ello, corresponde receptar los montos reclamados en la demanda en concepto de daños materiales y actualizados a las fechas indicadas (artículo 145 del CPCCRN).

El hecho de que el monto reconocido por este rubro sea mayor al consignado en el escrito de demanda no vulnera el principio de congruencia porque, al tratarse de una deuda de valor, debe fijarse el valor más actual que surja justamente de la prueba. Así se ha dicho que: "Cuando se condena por un monto superior al originariamente peticionado, a raíz de que en el intervalo se ha depreciado la moneda, y con el objetivo de preservar el poder adquisitivo de la suma resarcitoria, no hay infracción del principio de congruencia pues, al contrario, se mantiene sustancialmente la misma indemnización demandada. La preservación de la intangibilidad de las deudas de valor cuenta con respaldo doctrinario.

De tal modo, en las XIX Jornadas Nacionales de Derecho Civil (septiembre de 2003) se declaró que "ni los preceptos de la ley 23928 Ver Texto (LA 1991-A-100), ni los de la Ley de Emergencia 25561 Ver Texo, han podido alcanzar las deudas de valor, por ser una categoría conceptual esencialmente distinta e independiente de las deudas pecuniarias". Un sector jurisprudencial avala la interpretación expuesta: "El reajuste nominal del monto estimado en la demanda no constituye un plus que se acuerda al acreedor, sino una mera conversión de cifras que expresan un valor constante en los distintos tiempos; es siempre el mismo capital, con expresiones nominales diferentes" (C. Nac. Civ., sala G, 18/5/1984 Ver Texto, Revista de Derecho Procesal 2, "Demandas y reconvenCIÓN [segunda parte]", p. 383. Observación: sin embargo, y a despecho de otra argumentación del fallo, así procede en general y no porque el actor se hubiese remitido a "lo que en más o en menos resulte de la prueba")."(Zavala de González, Matilde, "Determinación judicial del monto indemnizatorio", Abeledo Perrot, on line, nro. 0003/12601). También, en relación a ello, se ha sostenido que las deudas de valor no se encuentran alcanzadas por la prohibición de indexar que los arts. 7 y concs., 8, 9 y 10, Ley 23.928, ratificado por la Ley 25.561, contempla para las deudas dinerarias (ver "HERNANDEZ, NORA MABEL Y O. C/ SEPULVEDA, HECTOR A. Y OTROS S/ ORDINARIO", Expte nro. 27028/14, del STJRN, del 09/09/2014, SD nro. 59)

**8º)** Que el daño moral reclamado por el actor debe desestimarse, porque, en este caso, no se aprecia que el hecho denunciado le hubiera ocasionado una lesión en sus sentimientos o en su espíritu, ni que el mismo hubiera sido de una entidad tal que permita inferir ello y acceder a este resarcimiento.

Recuérdese que debe primar, en principio, un criterio restrictivo al momento de reconocer una indemnización por daño moral cuando se afectan bienes materiales, pues si bien todo ser humano "sufre" ante el daño de esos bienes, "...no es el sufrimiento en sí lo que se resarce, sino en tanto y en cuanto se advierta la lesión a un interés extrapatrimonial digno de tutela..." (Zannoni, Eduardo A., "El Daño en la responsabilidad civil", pág. 455, Ed. Astrea, 2005).

**9º)** Que el daño punitivo reclamado también debe ser rechazado porque como ya se analizó en la presente el accionante no reúne las condiciones de consumidor dado que contrató el seguro con la compañía demandada, para desplegar su actividad profesional, y no con destino final para uso privado o familiar. (art.1 de la Ley 24.240, 1092 y 1093 del CC y CN).

En virtud de ello, no resulta de aplicación en el presente caso la multa civil prevista por el art. 52 "bis" de la Ley de Defensa al Consumidor (24.240) que está prevista para las relaciones de consumo, razón por la cual corresponde desestimar el rubro en cuestión.

**10º)** Que por todo lo expuesto, corresponde condenar a la Caja de Seguros S.A. a pagar, en la medida del seguro, en el plazo razonable y usual de diez días corridos, a Marcelo Nicolás Muzio la suma de \$4.500.000 (primer siniestro) y de \$ 3.613.704 (segundo siniestro), lo que totaliza la suma de \$8.113.704, valor actualizado a las fechas de los presupuestos (respuestas de los informes agregados el 06/03/25 y 07/11/25) en concepto de capital, más los intereses moratorios que correrán desde la fecha de cada hecho (01/04/23 y 27/06/23, respectivamente) y hasta la fecha de los presupuestos (12/02/2025 y 6/10/2025) al 8% anual y a partir de allí y hasta su pago la tasa nominal anual (T.N.A.) establecida por el Banco Patagonia -agente financiero de la Provincia- para préstamos personales Patagonia Simple ("Machín" del STJRN SD 104 del 24/06/2024), bajo apercibimiento de ejecución.

A dicho monto de condena deberá descontarse la suma prevista en la franquicia que se encuentra a cargo de la parte actora, a la cual se le deberán aplicar intereses desde la fecha del hecho y a las tasas previstas en el caso "Machín" del STJRN SD 104 del 24/06/2024.

**11º)** Que las costas deben ser soportadas por la parte demandada, en atención al criterio objetivo de la derrota (artículo 62 del CPCCRN)

**12º)** Que, por último, y en virtud de la doctrina sentada por el Superior Tribunal de Justicia en el caso "Paparatto", corresponde diferir la regulación de honorarios hasta tanto se practique liquidación del monto base.

En consecuencia, **FALLO:** **I)** Condenar a la Caja de Seguros S.A. a pagar, en la medida del seguro, en el plazo razonable y usual de diez días corridos, a Marcelo Nicolás Muzio la suma de \$4.500.000 (primer siniestro) y de \$ 3.613.704 (segundo siniestro), lo que totaliza la suma de \$8.113.704, valor actualizado a las fechas de los presupuestos (respuestas de los informes agregados el 06/03/25 y 07/11/25) en concepto de capital, más los intereses moratorios que correrán desde la fecha de cada hecho (01/04/23 y 27/06/23, respectivamente) y hasta la fecha de los presupuestos (12/02/2025 y 6/10/2025) al 8% anual y a partir de allí y hasta su pago la tasa nominal anual (T.N.A.) establecida por el Banco Patagonia -agente financiero de la Provincia- para préstamos personales Patagonia Simple ("Machín" del STJRN SD 104 del 24/06/2024), bajo apercibimiento de ejecución. A dicho monto de condena deberá descontarse la suma prevista en la franquicia que se encuentra a cargo de la parte actora, a la cual se le deberán aplicar intereses desde la fecha del hecho y a las tasas previstas en el caso "Machín" del STJRN SD 104 del 24/06/2024. **II)** Condenar a la Caja de Seguros S.A. a pagar las costas del juicio. **III)** Diferir la regulación de honorarios hasta tanto se practique liquidación del monto base. **IV)** Protocolizar, registrar y notificar esta sentencia en los términos del art. 120 del CPCCRN

**Cristian Tau Anzoátegui**

**Juez**