Poder Judicial de la Nación

Cédula de Notificación

26000111573992

Fecha de emisión de la Cédula 2 de septiembre de 2026

Sr/a: CASAS MARIA ROSA

Domicilio: 27232710018

Tipo de domicilio **ELECTRONICO**

Tribunal: **JUZGADO COMERCIAL 7 - SECRETARIA Nº 13** sito en **Av. Roque Saenz Peña 1211 - Piso 2° -**

Hago saber a Ud- que en el Expte Nro. 4017/2023 caratulado:

BRINGAS, FAVIO GABRIEL c/ LIBRA COMPAÑIA ARGENTINA DE SEGUROS S.A. s/ORDINARIO

en tramite ante este Tribunal, se ha dictado la siguiente resolución:

Queda Ud. legalmente notificado

Fdo: 23352424749 - PABLO AUGUSTO ALBERTO VANZINI

26000111573992

Exp. Nro. 4017/2023 – BRINGAS, FAVIO GABRIEL c/ LIBRA COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A. s/ORDINARIO JUZGADO COMERCIAL N° 7, SECRETARIA N° 13.

Buenos Aires, 14 de julio de 2026.

Y VISTOS: Estos autos caratulados **"BRINGAS, FAVIO GABRIEL c/ LIBRA COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A. s/ORDINARIO"** (Expte. Nro. 4017/2023) que tramitan ante este Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial Nro. 7, Secretaría Nro. 13, de los que

RESULTA:

1. Favio Gabriel Bringas promovió demanda contra Libra Compañía Argentina de Seguros S.A. en fs. 17/25 por cumplimiento contractual y resarcimiento de los daños y perjuicios que invoca y estima en la suma de $2.873.000 o la que en más o en menos resulte de la prueba a producirse en autos, con sus intereses y las costas del proceso.

Recordó haber contratado con la aseguradora demandada un seguro de accidentes personales, que cubría los riesgos de invalidez permanente total y/o parcial y asistencia médico

farmacéutica por reintegro, con una suma asegurada de $3.000.000 y $300.000, respectivamente.

Narró que el día 17.12.2021 (*rectius: 27.12.2021*), siendo aproximadamente las 17:30hs. circulaba con su automóvil marca Chevrolet Meriva, dominio GJE-630 por la colectora oeste de la autopista Panamericana, a la altura de Malvinas Argentinas, cuando al arribar a la intersección con la arteria Francisco Beiró resultó embestido de frente por un vehículo marca Chevrolet Corsa, dominio EYP599, conducido por Ever Flores Torales.

Destacó que, en consecuencia, sufrió diversos traumatismos, entre los cuales se encuentra la fractura de su mano derecha.

Aseguró que el siniestro fue informado a la aseguradora de manera telefónica y posteriormente por correo electrónico; y que la compañía incumplió su obligación, forzándolo a accionar judicialmente para exigir el cumplimiento forzoso de la misma.

Practicó liquidación y solicitó resarcimiento por invalidez permanente parcial, asistencia médico farmacéutica por reintegro, daño moral y que se imponga a la aseguradora una multa por daño punitivo en el marco de la LDC:52 bis.

Solicitó la capitalización de los intereses conforme a lo dispuesto por el artículo 770, inciso b) del Código Civil y Comercial de la Nación; y que, para el cálculo de los réditos, se aplique el

#37628371#510672715#20260714154313828

equivalente a dos veces la tasa activa del Banco de la Nación Argentina o, en su defecto, la tasa más favorable que establezca el Banco Central de la República Argentina.

Ofreció prueba.

2. Se confirió al presente el trámite de juicio ordinario en fs. 60.

3. Libra Compañía Argentina de Seguros S.A. se presentó en fs. 63/72 a contestar la demanda incoada en su contra, solicitando su rechazo, con costas.

Reconoció la relación contractual y la emisión de una póliza del ramo “Seguros de Personas”, específicamente un Seguro de Accidentes Personales Laboral, número 24, cuyo tomador fue “De la Vega, Rodrigo” con domicilio en Corona Golf Club 2542, Provincia de Buenos Aires.

Agregó que el Sr. Bringas se encontraba incluido en la nómina de asegurados incluidos en la cobertura.

Señaló que la póliza amparaba, entre otros, los riesgos de invalidez -total y parcial- permanente por accidente y el reintegro de gastos por asistencia médico farmacéutica.

Indicó que el capital asegurado para el riesgo de invalidez permanente total se estableció en $3.000.000, y en caso de invalidez permanente parcial en la proporción que corresponda, conforme el baremo contenido en la póliza, respecto del porcentaje de incapacidad allí indicado calculado sobre dicha suma.

Subrayó que para el reintegro de los gastos médicos el límite fijado en la póliza es de $300.000.

Afirmó que la cobertura asegurativa únicamente se presta cuando "*el evento cubierto ocurra a causa de un accidente, entendiéndose por tal toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo*".

Reiteró que cada lesión se cuantifica a través del baremo contenido en la póliza; y que el reembolso de los gastos de asistencia médico-farmacéutica serían cubiertos una vez que se hayan cumplido los requisitos de aquélla.

Adujo que la cobertura contratada ampara, conforme condiciones particulares, el riesgo de "accidente personal laboral", es decir, ocurrido en ocasión de la relación laboral con el contratante.

Dijo que, al definir el riesgo cubierto, se establece que el asegurador se compromete al pago de las prestaciones establecidas en la póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como asegurado, sufriera durante su vigencia un accidente que fuera causa originaria de su muerte o invalidez permanente o temporaria; total o parcial; y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año de la fecha del mismo, de acuerdo a las Condiciones Particulares.

#37628371#510672715#20260714154313828

Agregó que el monto de la indemnización se calculará aplicando el porcentaje de incapacidad determinado mediante el baremo oficial del contrato sobre el total de la suma asegurada.

Expresó que la póliza individualizada ampara en primer término al contratante, Rodrigo de la Vega, por el monto que resulte de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de un accidente cubierto por la misma, que sufriera la persona indicada en las condiciones particulares; y que su responsabilidad queda limitada única y exclusivamente al cumplimiento de las obligaciones asumidas en dicha póliza.

Adujo que tomó conocimiento del hecho que se reclama en el presente juicio con la notificación del traslado de demanda, dado que ni el tomador ni el asegurado denunciaron el siniestro ante la compañía, ni tampoco lo hicieron con posterioridad; y que, en el marco del LS:47 y la cláusula 18 del contrato, el actor perdió el derecho a ser indemnizado.

Sostuvo que, desde el momento en que las lesiones se tornaron evidentes, el damnificado tiene la obligación de someterse a un tratamiento médico racional bajo su propio cargo, cumpliendo estrictamente con las indicaciones profesionales. Asimismo, debe remitir a la compañía un certificado médico que precise la causa y naturaleza de las lesiones, sus consecuencias -conocidas o presuntas- y la constancia de que se encuentra recibiendo la asistencia médica

correspondiente, así como también deberá someterse al examen de los médicos del asegurador cada vez que éste lo solicite.

Destacó que el asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle a este ultimo las indagaciones necesarias a tales fines (LS:46) , situación que según dijo no aconteció.

Añadió que el relato del actor luce insuficiente en tanto desde la fecha del hecho que invoca (17.12.2021) no presentó prueba documental idónea que acredite la recepción de la denuncia; y que la misma le impidió la verificación del siniestro y de la extensión de la prestación a su cargo, mediante el requerimiento de un tratamiento médico racional controlado.

Refirió que, además, el hecho que se reclama en autos no se encuentra amparado por la póliza respectiva, en tanto la misma únicamente ampara al accionante con motivo de los accidentes laborales que sufra el mismo, tal como surge de las condiciones particulares.

Precisó que el contratante se encuentra designado en primer término, para amparar cualquier obligación legal de éste respecto de aquellos que figuran en la nómina de personal asegurado; y que ello surge del certificado de cobertura adjunto: *"PLAN AMBITO Plan 28"*.

Observó que en el escrito de inicio no se ha mencionado que el accidente invocado por el accionante hubiera ocurrido durante la jornada laboral, siendo que el trayecto "*in itinere*" con uso de motocicleta o similares se encuentra expresamente excluido de la cobertura.

Concluyó que, en consecuencia, el evento de autos quedó al margen de la cobertura asegurativa, sumado a la omisión de denuncia.

Opuso la prescripción como defensa de fondo, argumentando que, dada la fecha de ocurrencia del hecho invocado en la demanda (17.12.2021), las obligaciones a su cargo se encuentran extinguidas.

Aseguró que transcurrió en exceso el plazo anual establecido en el artículo 58 de la Ley 17.418, término que también se encuentra fijado en el artículo 30 de la póliza y que resulta computable desde la fecha del accidente, toda vez que no ha existido denuncia del siniestro ni trámite liquidatorio alguno.

En subsidio, contestó la demanda incoada en su contra y realizó una negativa pormenorizada de ciertos hechos postulados por el actor.

Objetó la aplicación de la normativa consumeril por tratarse de una acción derivada del cumplimiento de un contrato de seguro, por lo que consideró que el derecho aplicable debía ser la ley 17.418.

Cuestionó los rubros reclamados por el actor, impugnó la liquidación practicada por este y se opuso a la capitalización de intereses solicitada.

4. Mediante la presentación de fs. 85/86, el actor contestó el traslado de la excepción de prescripción opuesta por su contraria, postulando su rechazo.

Argumentó que resulta inaplicable el plazo anual previsto en el artículo 58 de la Ley 17.418, toda vez que, al revestir el accionante el carácter de consumidor, debe prevalecer el plazo de prescripción de cinco años establecido en el artículo 2560 del CCyCN o, en subsidio, el de tres años conforme al artículo 50 de la Ley de Defensa del Consumidor, por constituir las normas más favorables a la parte débil de la relación contractual, conforme lo disponen los artículos 3 de la LDC y 1094 del CCyCN.

5. Se recibió la causa a prueba en fs. 89, produciéndose la que da cuenta el certificado de fs. 278.

Puestos los autos a los efectos previstos en el CPr.482, ninguna de las partes hizo uso de su derecho.

Finalmente, se llamaron los autos para dictar sentencia.

Y CONSIDERANDO:

1. Favio Gabriel Bringas promovió demanda contra Libra Compañía Argentina de Seguros S.A. a fin de que se la condene a abonarle la indemnización que sostuvo le correspondía en virtud del

#37628371#510672715#20260714154313828

seguro de accidentes personales contratado con la misma, con motivo de un accidente vial ocurrido el 17.12.2021 y las consecuencias derivadas del hecho.

Libra Compañía Argentina de Seguros S.A. reconoció la vinculación contractual, pero opuso como defensa de fondo la excepción de prescripción, arguyendo que, desde la fecha del hecho denunciado hasta la interposición de la demanda, ha transcurrido en exceso el plazo de un año previsto en el art. 58 de la ley 17.418, al no haber existido denuncia del siniestro ni trámite liquidatorio previo.

En adición a ello, postuló el rechazo de la demanda con base en que el hecho invocado no se encontraba amparado por la póliza, al tratarse de una cobertura exclusiva para accidentes laborales que excluía expresamente el trayecto *in itinere* con uso de motocicleta o similares, sumado a la falta de denuncia de siniestro que impidió a la aseguradora su verificación.

En esos términos quedó, básicamente, trabada la *litis*.

2. Razones de orden lógico imponen la necesidad de examinar en primer término el planteo de prescripción articulado por la aseguradora demandada.

2.1. La compañía aseguradora afirmó que resultaba aplicable al caso el plazo de prescripción anual establecido por la ley 17.418:58.

De su lado, el actor adujo que, al ser consumidor en el marco de una relación de consumo, debe prevalecer un plazo de

prescripción más extenso, ya sea el de cinco años previsto en el artículo 2560 del Código Civil y Comercial de la Nación o, subsidiariamente, el trienal contemplado en el artículo 50 de la Ley de Defensa del Consumidor (LDC). Argumentó que estas normas deben aplicarse por constituir el estándar más favorable a la parte débil, conforme a lo dispuesto en los artículos LDC: 3 y CCyCN: 1094.

2.2. Pues bien, comienzo por señalar que en el caso nos hallamos en el ámbito de una relación de consumo toda vez que el actor resulta beneficiario de una póliza contratada en su favor por Rodrigo de la Vega, mientras que la aseguradora es una persona jurídica que desarrolla su actividad de manera profesional y onerosa (conforme a los arts. 1 y 3 de la ley 24.240).

En el caso, el referido tomador y la aseguradora suscribieron un contrato de seguro de accidentes personales colectivo que cubría -bajo los términos y alcances del artículo 2º de la póliza- todo evento que pudiera ocurrirle al Sr. Bringas, ya sea en el ejercicio de su profesión declarada, durante la prestación de servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras circulase en vehículos particulares (terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no) o hiciera uso de cualquier medio habitual de transporte público (terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o aéreo regular). En ese sentido, dicha cobertura comprendía el riesgo de muerte por accidente, incapacidad permanente total y/o parcial y asistencia medico

#37628371#510672715#20260714154313828

farmacéutica por reintegro (v. póliza acompañada por la demandada a fs. 93/101).

En tal contexto, en el que la presente demanda por el cobro de las sumas aseguradas fue iniciada por el beneficiario que emerge de la póliza, resulta entonces aplicable la segunda parte del art. 1 de la normativa consumeril, la cual dispone que quedan equiparados al consumidor quienes, sin ser parte de una relación de consumo, como consecuencia o en ocasión de ella, adquieren o utilizan bienes o servicios, en forma gratuita u onerosa, como destinatarios finales, en beneficio propio o de su grupo familiar o social.

Es que la norma transcripta incluye a los terceros que resulten beneficiarios de un contrato celebrado a su favor. Colígese de ello que, al tener como objeto la cobertura de un riesgo a favor del tercero, estos contratos se encuentran alcanzados por la ley 24.240. Ergo, la aplicación de la normativa consumeril no puede soslayarse en la especie (CNCom, Sala F, Voto de la Dra. Tévez en "*Furlan, Angel Alberto c/ Caja de Seguros S.A. s/ Ordinario*", del 25.11.2025)

En el escenario señalado, forzoso es concluir que nos encontramos frente a una relación de consumo a la que le resultan aplicables todas las normas inherentes a la defensa de los consumidores, desde que los sujetos involucrados y la relación que los vinculó encuadran en las definiciones legales que las circunscriben.

No obstante ello, cabe señalar que si bien la ley 24.240:3 establece una directiva en materia de integración normativa al prever que las disposiciones de esa ley se integran con las normas generales y especiales aplicables a las relaciones jurídicas abarcadas por la misma; he juzgado reiteradamente que, a mi criterio, tanto la ley 17.418 como la ley 20.091 tienen preeminencia sobre la Ley de Defensa del Consumidor y demás normas consumeriles por tratarse las primeras de leyes especiales en relación a la materia de que se trata -contratos de seguro-.

Es por ello que considero que no resultan aplicables al caso el plazo trienal de prescripción previsto por la ley 24.240:50 ni el quinquenal previsto en el CCyCN:2560 como postuló el actor, sino aquel previsto en la legislación específica para la materia que aquí nos ocupa (ley 17.418:58).

Y es que el plazo anual de prescripción previsto por la LS:58 no puede considerarse derogado, ni ampliado por el término trienal de prescripción previsto por la ley 24.240:50 (CNCom. Sala D, *"Liftenegger, Roberto Germán c/Mapfre Argentina Seguros S.A. s/ordinario"*, del 14/07/15; Sala B, *"Cotuli Fernando c/ Zurich Argentina Cía. de Seguros SA s/ordinario"*, del 17/07/15; Stiglitz, Rubén - Compiani, María Fabiana, *"La prescripción del contrato de seguro y la Ley de Defensa del Consumidor"*, LL 2004-B-1231 y sigtes.), situación que no se modifica por la naturaleza del seguro de que se trata.

#37628371#510672715#20260714154313828

Ello así porque existe una relativa incompatibilidad entre ambos regímenes, no sólo de índole jurídica sino también práctica. Frente a ello, el plazo de prescripción contenido en la Ley de Seguros -que tuvo en cuenta entre otras cosas la valoración del riesgo económico específico de este tipo de contrataciones-, no puede considerarse alterado por la Ley de Defensa del Consumidor.

Dicha solución encuentra sustento también en lo dispuesto por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en torno a la modificación introducida por la ley 26.361 a la ley 24.240 en cuanto indica que "*... esta Corte ha considerado que una ley general posterior no deroga ni modifica, implícita o tácitamente, la ley especial anterior, tal como ocurre en el caso de la singularidad del régimen de los contratos de seguro ...*" (CSJN, *"Buffoni Osvaldo O. c/Castro Ramiro Martín s/daños y perjuicios"*, del 08/04/14), criterio que además resulta congruente con la reforma legislativa de la ley 26.994.

Tal reforma, introducida por la ley 26.994 -que ya se encontraba vigente al momento en que el accionante dijo que se produjo el siniestro de autos- modificó la ley 24.240:50 quitando de su redacción a las acciones judiciales y limitando así la aplicación del plazo trienal de prescripción allí previsto a las sanciones administrativas emergentes de tal norma.

De ello se deriva que no resulta aplicable entonces dicho plazo trienal de prescripción a las demás acciones que pudiesen

iniciar los consumidores, a las que le resultan aplicables otros plazos específicos que correspondan según la relación de que se trate.

Y, como referí, tampoco resulta aplicable el plazo de prescripción genérico de cinco años establecido en el CCyCN:2560 postulado por el actor, puesto que la norma es clara en cuanto a que dicho plazo resulta aplicable excepto que esté previsto uno diferente, tal como ocurre en los casos como el que aquí nos ocupa que posee un término de prescripción específico de un año previsto en la Ley de Seguros.

Ello, además, se condice con lo normado por el CCyCN:2532 que dispone que las normas previstas en ese capítulo relativas a la prescripción liberatoria y adquisitiva son aplicables en ausencia de disposición específicas, lo que, claro está, no sucede en el presente ya que la Ley de Seguros prevé un plazo de prescripción de un año para las acciones fundadas en el contrato de seguro.

Es por ello que, tratándose la presente de una situación originada en el incumplimiento de un contrato de seguro, le resulta aplicable el plazo específicamente dispuesto por la ley que regula el sistema (CCyCN:2532), es decir, el de un año previsto en la ley 17.418:58, cuyo transcurso la aseguradora demandada postuló para fundar su defensa.

2.3. Sentado lo anterior, corresponde determinar si la prescripción operó en el caso particular.

#37628371#510672715#20260714154313828

A efectos de determinar si transcurrió efectivamente el término anual de prescripción, resulta necesario establecer primeramente el momento a partir del cual debe comenzar a computarse ese plazo.

El art. 58 de la Ley de Seguros establece que las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible.

La noción de exigibilidad es inseparable de la acción, por lo se sostiene que comienza cuando se puede hacer valer el derecho en justicia (Halperín, I. "*Seguros*", ed. LexisNexis.Depalma, Bs.As. 2003, tercera edición actualizada y ampliada, pag. 1039), es decir, cuando la correspondiente acción ha quedado expedita y puede ser ejercida (Stiglitz, Rubén S., "*Derecho de Seguros*", ed. LaLey, Bs.As.2005, 4ta. edición actualizada y ampliada, T.III, pág. 252).

Pues bien, en el caso, de las constancias aportadas y el relato del accionante surge que el Sr. Bringas sufrió un accidente de tránsito el 27.12.2021, con motivo del cual, por la magnitud del impacto y las lesiones resultantes, habría sufrido diversos traumatismos y la fractura de su mano derecha, viéndose imposibilitado de desarrollar sus actividades habituales con normalidad.

Sobre esta cuestión, el perito médico desinsaculado en autos refirió que *"a nivel de la mano derecha presentó fractura*

metacarpofalángica. Al momento del examen físico, se observa a la inspección deformidad anatómica de la misma por consolidación viciosa de fracturas y subluxación metacarpo falángica a nivel del 2º y 3º dedo de la mano derecha (hábil)". Y además, respecto del nexo causal, sostuvo que habría *"ALTA probabilidad de nexo entre las secuelas descriptas y el accidente, no hallando otras causas en la historia vital del peritado que las justifiquen".* Tales dichos no merecieron observaciones de ninguna de las partes (v. contestación a las impugnaciones del perito médico a fs. 243/246).

Lo expuesto permite concluir que el accidente efectivamente ocurrió y que el mismo fue el causante de distintos problemas físicos para el aquí actor.

Por otro lado, en lo atinente a la denuncia del siniestro, si bien la compañía demandada niega que la misma se haya realizado, el actor afirmó haberla efectuado el 29.12.2021 mediante correo electrónico dirigido a la casilla "*clientes@libraseguros.com.ar*", adjuntando los detalles del hecho, fotografías de su DNI y un croquis ilustrativo.

Sobre este punto, el perito informático desinsaculado en autos afirmó que dicho correo no se encontraba adulterado y que el dominio <@libraseguros> se encuentra vinculado a la persona de Gabriel Gustavo Bussola, quien, conforme al poder acompañado a fs. 63/72, detenta la calidad de Presidente de Libra Compañía Argentina de Seguros S.A.

#37628371#510672715#20260714154313828

No soslayo que, en su escrito de demanda, el actor aseguró haber sufrido el siniestro el 17.12.2021. No obstante, surge de la documental acompañada por el propio actor que el accidente tuvo lugar el 27.12.2021, por lo que corresponde considerar a esta última fecha como día del siniestro (v. denuncia de siniestro ante Zurich, hojas 6/8 de la documental de fs. 2/16).

En virtud de lo expuesto, cabe concluir que el actor cumplió debidamente con la carga de formular la pertinente denuncia ante la aseguradora el 29.12.2021.

Y si bien la demandada indicó que la omisión de pronunciarse sobre el siniestro se debió a que tomó conocimiento del mismo al ser citado al presente juicio, registrando la denuncia en sus libros el 25.10.2023 (v. contestación al punto 4 ofrecido por la demandada en el dictamen de fs. 181/184), tal argumentación debe ser desestimada, en tanto el "registro" del siniestro es un acto interno de la administración de la compañía demandada, irrelevante a los fines pretendidos, cuando el asegurado cumplió en tiempo y forma con la denuncia. En definitiva, cualquier demora, error u omisión de la compañía al procesar ese aviso en sus sistemas constituye una falla propia de su gestión interna que no puede trasladarse ni perjudicar al asegurado.

Más aún teniendo en cuenta que la ley no exige forma determinada para realizar la denuncia del siniestro, aconsejando las circunstancias el empleo de un medio fehaciente o que deje

constancia. Y en todo caso, el incumplimiento de eventuales formas impuestas en la póliza no invalida la denuncia si la efectivamente empleada fue idónea para poner al asegurador en conocimiento del hecho (Zunino, Jorge Osvaldo., "*Régimen de Seguros*", ed. Astrea, Bs.As. 2005, 4ta. edición actualizada y ampliada, pág. 132).

En virtud de ello, desde el 29.12.2021 -fecha en que el actor realizó la denuncia del siniestro- la aseguradora demandada contaba con treinta días para pronunciarse respecto del mismo como lo establece la LS: 56, el cual dispone que, de no pronunciarse de forma expresa dentro del plazo señalado, dicha omisión importará aceptación del mismo.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que no se demostró la existencia de algún pedido de información complementaria, a partir del 28.01.2022 el siniestro debe considerarse tácitamente aceptado y, por lo tanto, la aseguradora contaba con quince días para efectuar el pago de la indemnización correspondiente al beneficiario de la póliza, el Sr. Bringas, venciendo el mismo el 08.02.2022.

En virtud de las consideraciones expuestas, concluyo que el 08.02.2022 la obligación de la aseguradora resultó exigible, determinando el inicio del cómputo del plazo de prescripción anual ya referido (LS:58).

En consecuencia, no queda más que concluir que al momento en que fueron promovidas estas actuaciones (20.03.2023,

#37628371#510672715#20260714154313828

ver escrito de demanda de fs. 17/25), dicho plazo se encontraba cumplido, y por ende, la acción estaba prescripta.

Ello se verifica aun detrayendo los días transcurridos durante la suspensión de los plazos, que tuvo lugar desde la notificación fehaciente a la mediación el 28.09.2022 hasta los veinte días posteriores a la celebración de la misma el 12.10.2022, conforme surge del acta de fs. 2/16 y lo dispuesto por el art. 2542 del CCyCN y el art. 18, inc. c, de la ley 26.589.

Finalmente, cabe agregar que, así como el juez no puede declarar de oficio la prescripción (CCyCN:2552), tampoco puede resolverla ponderando causales de suspensión o de interrupción no invocadas por el interesado (CNCom. Sala E, *"Muscatelo, Luis c/ L'Union des Assurances de Paris s/ ordinario",* del 24/4/1997; íd. Sala D, 22/2/2022, *"Riep, Rodrigo Sebastián c/ Seguros Sura S.A. s/ ordinario",* del 22/2/2022 y *fallo citado* del 7/08/2025).

Consecuentemente, se hará lugar a la defensa de prescripción opuesta por la demandada y se rechazará la demanda en todas sus partes.

3. Las costas habrán de ser soportadas por el actor por haber resultado vencido en la contienda (arts. 68 y 69 CPr.).

Por todo lo expuesto, **FALLO**:

a) Haciendo lugar a la excepción opuesta por **LIBRA COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.** y declarando prescripta la acción promovida en su contra;

b) Rechazando íntegramente la demanda promovida por **FAVIO GABRIEL BRINGAS** contra la aseguradora; y

c) Imponiendo las costas a la parte actora;

d) Corresponde regular los honorarios de los profesionales intervinientes considerando la naturaleza y complejidad del asunto, el resultado obtenido, el mérito de la labor profesional, apreciada por su calidad, eficacia y extensión -junto con las etapas efectivamente cumplidas-, sin desatender además la relación con el principio de celeridad procesal y la trascendencia jurídica, moral y económica del juicio.

Por aplicación de los arts. 16, 20, 21, 22, 24, 29, 51, y ccdtes. de la ley 27.423 y tomando como base regulatoria el monto reclamado en la demanda reducido en un 30% de conformidad con lo dispuesto en el art. 22 de la norma referida y teniendo en cuenta que solo se cumplieron dos etapas procesales, fijo los emolumentos de la **Dra. María Maximina Mastroizzi**, letrada apoderada de la parte demandada, en **10,9 UMAs**, equivalente a la fecha de esta sentencia a la suma de **pesos un millón cien mil ($ 1.100.000)**; y los del **Dr. Pablo Augusto Roberto Vanzini**, letrado patrocinante de la parte actora, en **9,48 UMAs,** equivalentes a la fecha de esta sentencia a la suma de **pesos novecientos cincuenta mil ($950.000)**.

#37628371#510672715#20260714154313828

En relación al perito médico **Néstor Fernando Ivani,** fijo su retribución en **6,08 UMAs,** equivalentes a la fecha de esta sentencia a la suma de **pesos seiscientos diez mil ($610.000**); los de la perito contadora, **Dra. María Celeste Rodríguez Cerasuolo** en **4,79 UMAs,** equivalentes a la suma de **pesos cuatrocientos ochenta mil ($480.000);** y los del perito informático**, Ing. Marcos Hernán Martínez**, en **4,09 UMAs,** equivalentes la suma de **pesos cuatrocientos diez mil ($410.000)** -arts. 16, 20, 21, 22, 24, 29, 51 y 61 de la ley 27.423-.

Se deja constancia de que se consideró el valor del UMA en **$ 100.173** de conformidad con lo establecido en la Resolución SGA de la CSJN nro. 1718/26 (art. 19 Ley 27.423).

Finalmente, fijo los emolumentos de la mediadora interviniente, **Dra. Daniela Alejandra Gallo**, en **16 UHOM,** equivalentes a la fecha a la suma de **pesos doscientos tres mil quinientos veinte ($203.520)** -conf. art. 21 y conc. del Decreto Reglamentario N° 91/98 de la Ley 24.573 modif. por decreto 2536/15- y Decreto Reglamentario Nro. 1467/11 inc. H-.

Se deja constancia de que el monto de los salarios regulados no incluyen la alícuota del I.V.A., impuesto que debe ser soportando por quien tiene a su cargo el pago de las costas, conforme la doctrina sentada por la C.S.J.N. en los autos *"Compañía General de Combustibles S.A. S/ recurso de apelación"* del 16/06/93.

Esta medida se hará efectiva únicamente en caso que el beneficiario del pago revista la calidad de responsable del tributo de referencia.

Se establece en 10 días el plazo para el pago de los honorarios regulados (ley 27.423:54).

e) Regístrese, notifíquese por Secretaría a las partes a quienes se les encomienda la notificación de la presente a los profesionales intervinientes y, oportunamente, archívese.

FERNANDO G. D´ALESSANDRO
JUEZ