ALEGA

Juzgado en lo Comercial:

Maricel Román, abogada, T° 141 F° 729 del CPACF, CUIT 27-32764082-3, monotributista, IEJ 27327640823, celular N° 221-359-8833, correo electrónico: estudiopsvcivil@gmail.com, en mi carácter de letrada apoderada de la parte actora, con domicilio procesal constituido en Marcelo T. de Alvear 1620 piso 8 departamento "X" de Capital Federal y electrónico en el IEJ precedentemente denunciado, en los autos caratulados: **"DIAZ SERGIO MANUEL C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ ORDINARIO" (Expte. Nº 150/2024)**, digo:

I. OBJETO

En tiempo y forma presento el informe relativo al mérito de la prueba producida, conforme la facultad establecida por el artículo 482 del CPCCN.

II. ANTECEDENTES RELEVANTES

Conforme surge de las constancias de la causa, cuya foliatura digital o fechas de firma digital se seguirá en lo sucesivo, se destacan las siguientes:

En h. 81/108 se interpuso demanda por cobro de la prestación emergente del contrato de seguro colectivo, por el riesgo de incapacidad total, permanente e irreversible, la reparación del daño moral, con más los intereses moratorios capitalizados según lo que dispone el artículo 770 inc. “b” del CCyC, con una cadencia semestral y la imposición de una multa civil con fundamento en el artículo 52 de la ley 24.240. Se peticionó además, la cuantificación del crédito a valores actuales al momento del pago (art. 772, CCyC).

Fueron explicados los antecedentes del vínculo contractual, la relación de la persona demandante con la tomadora, así como las

patologías y secuelas que derivaron en la incapacitación total y permanente, que fue fijada conforme las previsiones de la póliza.

Seguidamente se narraron los hechos principales del caso, de los cuáles resulta que el 24 de febrero de 2023 se remitió la denuncia del siniestro a la casilla de correo electrónico administracionprivada@lacaja.com.ar, así como a la Tomadora del seguro: debi-seguros@prefecturanaval.gov.ar.

Días después, Prefectura solo contestó al mail enviado, con fecha 7 de marzo de 2023, con un simple “recibido”, sin haber obtenido posteriormente una respuesta formal y expresa al reclamo formulado.

Por su parte, Caja de Seguros S.A. NO emitió respuesta alguna al reclamo por medio fehaciente como es habitual, por lo que la situación quedó imperativamente comprendida en la situación de silencio que contempla el artículo 56 de la Ley de Seguros, como se desarrollará más adelante.

Posteriormente, se analizó el caso a la luz de las reglas del derecho de consumo y de seguros, se formularon planteos relativos a la impugnación de las cláusulas abusivas, se analizó la configuración de la situación de aceptación por silencio del artículo 56 de la ley 17.418, se fundó individualmente la procedencia de los rubros, se acompañó prueba documental y se ofreció la restante.

Conferido el pertinente traslado, se presentó en h. 169 / 246 por medio de representación letrada, la accionada y contestó la demanda interpuesta. Previo peticionar la aplicación al trámite de las reglas del proceso ordinario y cuestionar la concesión del beneficio de justicia gratuita, llevó a cabo las negativas y reconocimientos que consideró pertinentes. Asimismo, brindó su propia versión de los hechos y en esencia, afirmó que carecía de la condición de legitimada pasiva, por cuanto el actor no alcanzaba la incapacidad requerida por la póliza.

Luego, se expidió en torno al límite del capital asegurado, se opuso a la capitalización de intereses y a la aplicación de cualquier forma

de actualización, rechazó la procedencia del daño punitivo, planteó la configuración de pluspetición inexcusable, ofreció prueba, dedujo oposición a medios probatorios y peticionó el rechazo de la demanda.

En h. 248/258 se contestó el traslado conferido y en h. 267 se proveyeron las medidas probatorias a las que se referirá el presente informe.

Culminado el procedimiento probatorio, se pusieron los autos en estado de alegar.

III. BREVE RESEÑA DE LAS CUESTIONES LITIGIOSAS A LA LUZ DEL MATERIAL PROBATORIO PRODUCIDO EN LA CAUSA.

III.1. Enunciados fácticos incontrovertidos

A tenor de las respectivas tesituras adoptadas por los contendientes, no es materia de controversia que:

(i) se hallaron vinculadas por un contrato de seguro colectivo voluntario a la fecha de la denuncia de siniestro, instrumentado en la póliza N° 5330 1354513 01.

(ii) se realizó la denuncia del siniestro el 24 de febrero de 2023.

(iii) la aseguradora no contestó en tiempo y forma acerca del reclamo presentado, por lo que quedó comprendida en la situación de silencio que contempla el artículo 56 de la Ley de Seguros.

III.2. Enunciados fácticos controvertidos y conducentes

Se encuentran controvertidas las siguientes cuestiones de hecho conducentes:

(i) si la demandada ha satisfecho o no el deber de información.

(ii) La incapacitación del actor y su correlativa naturaleza.

(iii) el monto del capital asegurado.

III.3. Enunciados fácticos exentos de prueba por resultar hechos notorios

Como enunciado de hecho exento de prueba, se encuentran aquellos hechos notorios, entre los que corresponde incluir y destacar la existencia de un fenómeno inflacionario de marcada trascendencia sobre

los créditos (v. CSJN, causa “Sierra Chica S.A.”, del 21/9/1999, en fallos: 322:2245).

Para cuantificar ese hecho notorio, puede razonablemente acudirse a una pauta objetiva de uso cotidiano en el ámbito jurisdiccional, como lo es el valor del UMA, que al momento de operarse la mora -quince días computados desde la fecha de la denuncia del siniestro-, era de $ 14.933,00 (Ac. 9/2023 CSJN) y el actual, de $ 98.112,00 (Res. 1352/26).

IV. CONCLUSIONES RELATIVAS AL PROCEDIMIENTO PROBATORIO

IV.1. Aceptación por silencio - El alcance en el caso de los seguros de personas - Incumplimiento calificado - Daño punitivo

Antes de analizar las medidas de prueba, corresponde atender a una circunstancia propia e inherente al sistema procedimental instaurado por la ley 17.418, que establece por razones de seguridad jurídica una obligación en cabeza de la aseguradora, de expedirse acerca de la denuncia recibida.

En el caso, la aseguradora reconoció al contestar demanda que recibió la denuncia, que data del 24/02/2023 (I.b)RECONOCIMIENTOS).

Postulamos que en el presente proceso se configura un supuesto de aceptación de cobertura por silencio de la aseguradora en los términos del art. 56 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Carlos José María Facal tiene dicho en su obra “El Seguro de Vida en la Argentina” (ed. Lexis Nexis), que resulta inaplicable al caso de los seguros de personas -caracterización de la que participa el negocio jurídico base del proceso- el plazo del artículo 56 de la Ley de Seguros y que por aplicación del término de liquidación señalado por el artículo 49 segundo párrafo de la ley de seguros, el plazo para expedirse es de quince días (id. sent., aut. cit., “El Seguro Colectivo de Personas”, 1ra. ed., 2013, p. 223 y ss., ed. Abeledo Perrot).

Esas ideas son la resultante de las originalmente elaboradas en idéntico sentido por Domingo Martín López Saavedra, quien señala en su

obra “Ley de Seguros 17.418 comentada” que surge claramente del plazo del artículo 49 segundo párrafo de la L.S., que el plazo de liquidación del siniestro es de quince días computados desde la recepción de la denuncia (2da. ed. actualizada, 2012, p. 290, ed. La Ley).

Tal como se ha visto, la accionada jamás satisfizo la carga de expedirse, cuyo plazo y consecuencias están regladas en los artículos 49 segundo párrafo y 56 de la ley 17.418. Esta auténtica carga deriva no solo del principio cardinal de buena fe, sino además de las respectivas posiciones contractuales y en el hecho que el Estado permita a las compañías aseguradoras asumir inicialmente el rol de parte y decisor acerca de los derechos de una persona asegurada, quien además reviste la condición de consumidora (art. 9, CCyC; 37, última parte, ley 24.240; art. 42, Constitución Nacional).

Esta ubérrima buena fe -parafraseando a Carlos J. Facal- proyecta efectos concretos, consistentes con la naturaleza de la carga. En primer término, produce un efecto preclusivo que puede denominarse como «fijeza prejudicial» y por lo tanto establece los hechos de un eventual debate posterior, sin que resulte posible incorporar otros diferentes (acerca de los alcances del deber de buena fe y sus derivaciones éticas, ver por todos aut. cit., *La tramitación ágil del pago del siniestro: un deber ético y legal de los aseguradores, aún más intenso en épocas de alta inflación,* en Diario El Derecho, tomo 294 del 22 de diciembre de 2021).

Recuérdese que el artículo 263 del Código Civil y Comercial estructura la figura jurídica del silencio para considerarlo configurado cuando exista una obligación de expedirse instituida por la ley o el contrato. En esencia, el silencio pierde su carácter neutral establecido como regla y genera efectos jurídicos cuando a la carga concreta le sobreviene la omisión pura (en similar sentido, CN.Com., Sala B, causa “Herrera”, exp. 14471/14, del 5/5/2022; Sala B, causa “Golemme”, exp. 21670/17, del 20/12/2021).

Por estas razones, el siniestro debe considerarse aceptado.

Ahora bien, es importante que se determine los efectos de lo que implica la situación del artículo 56 de la ley 17.718, por cuanto la aseguradora distingue entre la aceptación de la responsabilidad, sin que ello implique la medida del daño, que a su juicio debe ser siempre probada.

Este punto es relevante, porque la demandada es una profesional en la materia y procura inducir a confusión, invocando una solución que podría resultar correcta para aquellas ramas de seguros en los que es necesario determinar la extensión del daño, mas no en la rama de seguros de personas, tal como la que subyace en el presente caso, donde la cobertura aparece tarifada de antemano (cfr., Carlos J. M. Facal, cit., p. 175).

En estos supuestos, configurada la aceptación por ausencia de rechazo, es indudable que el asegurador debe liquidar el siniestro y al no hacerlo, ha incurrido en un incumplimiento muy grave, que obligó a mi cliente a tener que llevar su planteo a tribunales.

Esto debe dar pie a la imposición de una sanción por daño punitivo, puesto que en función de la profesionalidad del asegurador, el incumplimiento es manifiestamente injustificado y no podía soslayar el alcance de sus obligaciones, precisamente a partir de la pauta de prudencia que se exige a una empresa profesional del mercado asegurador. Retomaremos esta cuestión luego.

IV.2. La incapacidad y su correlativa naturaleza

Sin perjuicio que lo expuesto en el acápite anterior es suficiente para sellar el sentido en que el caso debe ser resuelto, nos asiste además razón en términos sustanciales.

De acuerdo con el informe pericial médico presentado en h. 317/337, desarrollado con arreglo al baremo Covello-Keklikian y mediante la utilización de la fórmula Balthazard o de la capacidad restante, se determinó que el actor es portador de una incapacidad del 89.50%, para

lo cual se computaron las siguientes secuelas: Lesión neoproliferativa de pulmón (estadio II), Mal estado bucodental, Discopatías lumbares, Alteración en la movilidad de las caderas, síndrome meniscal derecho, Gonartrosis bilateral, Alteración en la movilidad de los tobillos, Discopatías cervicales, Rizartrosis bilateral de manos, Fractura de escafoides, Gastritis crónica, Dermatitis, Hipoacusia.

Es necesario puntualizar, como primera medida, que debidamente sustanciado en h. 341/344, la parte demandada impugnó el peritaje médico, por lo cual el perito rectificó el porcentaje asignado descontando 5% de una patología cuestionada, por lo que el galeno confirmó que el actor presenta **84,5%** de incapacidad (fs. 346 / 348).

Realizada esa precisión, destacamos que el informe pericial aparece debidamente motivado y fundado en los principios científicos que gobiernan la medicina, a partir de una explicación pormenorizada -en lenguaje diáfano- de las operaciones técnicas practicadas y los principios que sustentan las conclusiones, exigencias recogidas en el artículo 472 del CPCCN.

La comunión de los aspectos procedimentales que atañen a la correcta edificación de la medida de prueba, su claridad, fundamentación bastante en punto a las reglas de la medicina y las exigencias de la póliza, así como la ausencia de impugnaciones que mermen su fuerza probatoria, llevan a asignar al dictamen pericial máximo crédito probatorio sobre éste punto litigioso (art. 477, CPCCN).

En conjunto con la prueba documental aportada con la demanda, conforme las reglas de la sana crítica, permiten tener por acreditado que el actor es portador de una incapacidad de 84,5%.

IV.2. Monto del capital asegurado

Del informe pericial contable presentado en h. 414 / 493, se desprende que el capital asegurado, al momento del cese del actor, ascendía a $ 5.853.120, a partir de considerar el importe de la prima descontada en el mes de julio de 2022 y la tasa de descuento fijada en la

póliza.

Cuadra subrayar que el monto de la prima descontada es consistente con la información que emerge de los recibos de haberes aportados con la demanda.

IV.3. Si la demandada ha satisfecho o no el deber de información

Ceñidos a esta cuestión fáctica, cuadra subrayar que la demandada no ha acreditado haber abastecido sus obligaciones, particularmente en punto a la entrega de los certificados de incorporación y referidos a las sucesivas renovaciones.

Por mandato constitucional y más precisamente con fuente directa en lo dispuesto por el artículo 42 de la Constitución Nacional, el asegurador es un deudor de información, débito que aparece reglamentado en la ley 24.240 y en la propia ley 17.418, así como las reglamentaciones dictadas por la SSN.

En definitiva, la ausencia de incorporación de los referidos documentos debe ser ponderada a partir de la presunción del artículo 388 del CPCCN, dada la intimación específica cursada al respecto y por cuanto, de conformidad con lo que marca el artículo 53 de la ley 24.240, rige en el caso una carga sustantiva de aportación de pruebas.

Esta carga, impuesta a la demandada, se traduce en un imperativo en el propio interés de allegar al proceso todos aquellos documentos, registros, libros y papeles de comercio que deban ser llevados por disposición legal o reglamentaria y que sirvan para el esclarecimiento del conflicto, para probar los enunciados fácticos contenidos en la presente demanda.

Entonces, por específica atribución de las consecuencias atinentes a la ausencia de prueba del pago, entendido como el cumplimiento de la prestación debida (art. 865, CCyC), en función de la noción procesal de carga subjetiva de la prueba, instituida por el artículo 377 del CPCC y específicamente orientada en el punto por el artículo 53

de la ley 24.240 o en virtud de la intimación cursada en los términos del artículo 388 del CPCCN, corresponde administrar el fracaso probatorio en el sentido de tener por no acreditado que la aseguradora haya dado cumplimiento al deber de información, plasmada en la entrega de los documentos reseñados, de naturaleza indelegable.

V. ANÁLISIS DE LA PROCEDENCIA DE LOS RUBROS RECLAMADOS

V.1. La prestación originada en el contrato

De acuerdo con los términos de la comunicación de rechazo del siniestro, la declinación de responsabilidad se basó pura y exclusivamente en la alegación, por parte del asegurador, de que mi instituyente no alcanzaría el porcentual incapacitante del 66% exigido por la póliza.

A efectos de esclarecer algunos puntos que la encartada ha procurado obscurecer al replicar la demanda, es necesario señalar que el reclamo se basó desde el comienzo en los artículos primero y tercero de la cláusula adicional por incapacidad. Esta última establece la forma en que se determina el riesgo de incapacidad absoluta por sumatoria de incapacidades parciales.

A partir de tales consideraciones, ha quedado inicialmente establecido que el siniestro fue aceptado por la inexistencia de rechazo tempestivo y también ha sido debidamente determinado y afianzado en prueba, que el demandante posee una incapacidad holgadamente superior a la exigida por la póliza, por lo que la demanda debe ser aceptada integramente.

Sentado ello, corresponde atender a la forma de cuantificación del crédito, en atención a la expresa petición de su tratamiento con arreglo a las previsiones del artículo 772 del CCyC y, en un sentido algo más amplio, a la adopción de una forma de determinación que permita reconstruir con equidad el valor intrínseco del crédito.

Es que, cuando el deudor omite cumplir con sus obligaciones

contractuales, asume con tal proceder el riesgo del *casus*, solución que trae expresamente el artículo 1733 inc. “c” del Código Civil y Comercial, de tal forma que el riesgo derivado del envilecimiento de la moneda debe ser soportado por la aseguradora, por cuanto tiene base en la mora en que incurrió (arts. 49 y 51, último párrafo, ley 17.418).

De acuerdo con los enunciados fácticos que corresponde tener por probados y no sometidos a procedimiento probatorio respectivamente, el crédito ascendía en marzo de 2023 a $ 5.853.120, lo que representaba a la época de la denuncia del siniestro 391,95 UMA, en tanto que ese capital con adición de la tasa activa del Banco de la Nación Argentina desde la fecha de la denuncia hasta la de confección del presente alegato, asciende a $19.153.788,38 y equivale a 195,22 UMA.

Expuesta la realidad en estos términos, está acreditado que la conducta morosa de la demandada provocó una merma del crédito -en valores reales y de acuerdo a una pauta de adecuación incontrastable-, al 50% de su valor inicial, prácticamente la mitad. La medición, desarrollada con otros índices tales como el IPC o el CER, arroja un despojo semejante.

Para el cálculo que antecede destacamos que hemos aplicado rigurosamente la regla que indica que con anterioridad a la mora es el acreedor quien soporta los efectos del envilecimiento de la moneda (en nuestro caso, el período comprendido entre julio de 2022 a febrero de 2023), en tanto que a partir del incumplimiento del asegurador, es este último quien debe soportar los efectos de ese fenómeno económico entre marzo de 2023 y el presente.

Y ello aun cuando nuestro instituyente es un sujeto de preferente tutela constitucional y bien podría propiciarse un planteo que origine la obligación por parte del deudor de soportar en forma íntegra los efectos del *casus.*

Hacemos notar que de acuerdo a la doctrina constitucional elaborada por la CSJN en materia de confiscatoriedad, a la que

corresponde acudir en virtud del efecto material que provoca el incumplimiento del deudor, se verifica el fenómeno de la confiscación y por lo tanto existe un asunto constitucional directo, por violación de la garantía contenida en el artículo 17 de la Constitución Nacional.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha ampliado el ámbito inicial en el que rigió la doctrina de la interdicción de la confiscatoriedad, elaborada originalmente en materia fiscal, para llevarla a otros ámbitos del derecho privado y declararla así exigible en forma horizontal (v. causa "Vizzoti", en fallos: 327:3677).

Lo que aquí se procura es la utilización de la confiscatoriedad como instrumento hermenéutico demostrativo de la superación de los límites tolerables de los efectos económicos, que determinan la pulverización del crédito.

A partir de ello, la petición de cuantificación de un valor indemnizatorio, en los términos del artículo 772 del CCyC, permite apelar a elementos objetivos de ponderación de la realidad que arrojen un resultado razonable y sostenible, tal como lo ha descripto la gerenta legal de Caja de Seguros S.A. en un trabajo de doctrina (v. María Fabiana Compiani, *Los límites económicos del seguro. Tensiones y perspectivas,* en Revista de Derecho de Daños dirigida por Héctor Alegría, 2021-3, p. 256, ed. Rubinzal Culzoni).

Con arreglo a esta realidad y lineamientos, consideramos que resulta justo y equitativo que se reconozca el valor de la prestación en el equivalente a 391,95 UMA, que deben ser cuantificados al momento del efectivo pago, con más una tasa de interés pura que atienda al resarcimiento del daño moratorio derivado de la privación de disposición del capital.

Ello, salvo mejor criterio del órgano jurisdiccional, en tanto se acoja favorablemente la pretensión última debidamente introducida en la demanda, en los términos del artículo 772 del CCyC.

V.2. La condenación por daño punitivo

Ha quedado debidamente acreditado que la aseguradora incumplió con el deber de información (v. punto IV.3) y que el siniestro quedó aceptado por silencio, producto de una conducta gravemente negligente del asegurador, que es un profesional en la materia y tiene deberes calificados (v. punto IV.1).

A su vez, está probado que tal comportamiento del asegurador provocó la pulverización del crédito, a tal extremo que la incidencia de la merma encuadra en los términos conceptuales de aquello que la CSJN ha entendido por «confiscación». De ahí que el dañador obtuvo un beneficio equiparable a esa forma objetiva de afectación del patrimonio de mi representado, que resulta constitucionalmente intolerable e inconsistente con la garantía de la propiedad privada, a través de la comisión del ilícito.

Para establecer la gravedad de los incumplimientos y el beneficio obtenido por el asegurador, corresponde recurrir a las pautas jurisprudenciales fijadas por la Alzada, por ejemplo, en la causa “Arias”, en donde al condenar a esta misma aseguradora por daños punitivos, hubo de señalar que «(…) *resulta reprochable la conducta de la defendida que negó deliberadamente el pago del beneficio cuando el actor denunció el siniestro, sin brindar una justificación razonable de su actitud. El comportamiento de la aseguradora hacia el asegurado fue cruel y lo posicionó en un estado de indefensión, debiendo éste litigar durante años para obtener el beneficio pactado* (…)» (Sala B., Exp. 4420/2012, sent. del 19/5/17).

Si bien en aquél caso la conducta reprobada a la aseguradora en esos términos fue no brindar las pautas objetivas empleadas para desestimar el reclamo -lo que tampoco hizo en el presente caso-, resulta un dato objetivo de las constancias de la causa que frente a la sustanciación del dictamen pericial en medicina, la parte demandada no presentó ningún tipo de argumento tendiente a sostener el criterio adoptado en la etapa prejudicial, lo que evidencia una plausible estrategia

de diferimiento injustificado del pago de la prestación.

Ese comportamiento reprochado resulta endilgable a una aseguradora profesional, máxime cuando -si bien no debería ser demostrado el insondable ánimo subjetivo-, la responsable de la gerencia legal de la aseguradora afirmó en el trabajo de doctrina que antes se citó, lo siguiente: «(…) *El efecto [se refiere a la inflación] se agrava en caso de incumplimiento, atento a la duración de un proceso judicial, ya que la traducción de aquella suma asegurada a la hora de la fijación de valores actuales de la indemnización habrá quedado seriamente afectada*» (María Fabiana Compiani, *Los límites económicos del seguro…* cit., p. 258).

Si bien la gerenta legal de Caja de Seguros S.A. se refiere en ese documento al Seguro de Responsabilidad Civil obligatorio, el razonamiento se traslada a la presente rama en forma íntegra, sin sufrir menoscabo, por cuanto se presentan argumentos *a simili.* en cuanto a la defensa por parte del asegurador del carácter de obligación dineraria alcanzada por la prohibición -de rango meramente legal-, de indexación.

Existe un principio general del derecho, recibido desde hace muchos años a esta parte, que indica que nadie puede sacer provecho de su propio ilícito, gráficamente plasmado por Ronald Dworkin al vincularlo al caso “Riggs vs. Palmer”, sentenciado por el Tribunal de Apelaciones de Nueva York y conocido por «el caso del nieto apurado» (disponible traducido en el enlace http://www.rtfd.es/numero11/21-11.pdf). Pues bien, ese descalce entre la previsión y el capital asegurado -tenga fuente ilegal o se encuentre habilitada por la SSN-, genera los incentivos suficientes para que la demandada anteponga el lucro al cumplimiento de sus obligaciones.

Medido con objetividad, ello fue precisamente lo que pasó.

Memoro que en el presente caso, el siniestro estaba aceptado, por lo que la conducta de la accionada resulta injustificable en términos «manifiestos» y traduce un trato indigno a la persona consumidora, contrario al artículo 42 de la Constitución Nacional.

Solicitamos que se aplique una condenación por daño punitivo de carácter ejemplar, puesto que están reunidos los presupuestos que habilitan e imponen la condenación por daños punitivos, a cuyo efecto requerimos que la multa se gradúe -en función de la gravedad del daño y el beneficio que la accionada procuró obtener, con particular atingencia al perfil preventivo de la figura-, en el importe peticionado en la demanda con el debido reajuste, o en lo que en más o en menos responda al criterio del órgano jurisdiccional.

V.3. Reparación de las consecuencias extrapatrimoniales

Con arreglo a lo que emerge del artículo 1741 del CCyC, en la medida que ha existido un incumplimiento contractual grave, que implicó dejar a una persona portadora de una incapacidad total sin la disponibilidad del capital por el cuál abonó puntualmente las primas de un esquema asegurativo contributivo, corresponde presumir la configuración del daño extrapatrimonial.

Por lo expuesto, solicitamos que a la luz de las constancias de la causa, se haga lugar a la reparación del rubro por el importe peticionado en la demanda, debidamente reajustado.

V.4. Petición de clausura - Costas

Por las consideraciones que anteceden, requerimos que se haga lugar en forma íntegra a la demanda interpuesta y se dicte una sentencia de condena contra la aseguradora, con imposición de costas a su cargo (art. 68, CPCCN).

VI. PETITORIO

Por lo expuesto solicitamos:

1. Se tenga por presentado en tiempo y forma el alegato.

2. Se disponga el llamamiento de autos para sentencia.

3. Oportunamente, se dicte sentencia definitiva de primera instancia y se condene a la demandada por los conceptos reclamados, con imposición de costas a su cargo.

Proveer de conformidad que,

Será justicia.

Signature Not Verified
Digitally signed by MARICEL ROMAN
Date: 2026.06.30 09:08:01 ART