

9
24 320809

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO



Con Estudios Incorporados a la
Universidad Nacional Autónoma de México

PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE DERECHO

“Análisis Jurídico de los Problemas que Presenta la
Cláusula de Indisputabilidad en el Contrato
de Seguro de Vida”

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A
MIGUEL ANGEL GUERRERO HERNANDEZ

Conductor de Tesis:
LIC. J. JORGE AGUILA GOMEZ



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"ANÁLISIS JURÍDICO DE LOS PROBLEMAS QUE PRESENTA
LA CLÁUSULA DE INDISPUTABILIDAD EN EL CONTRATO DE
SEGURO DE VIDA"

I N D I C E

PROLOGO

CAPITULO I:

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL
CONTRATO DE SEGURO.

EL SEGURO EN LA ANTIGÜEDAD	01
EL SEGURO ENTRE LOS ROMANOS	03
LAS HERMANDADES	04
LA EDAD MEDIA	05

CAPITULO II

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL
CONTRATO DE SEGURO EN MÉXICO

EL SEGURO EN MÉXICO	14
ASCENDENCIA ESPAÑOLA	14
PREVALENCIA DE LAS ORDENANZAS DE BILBAO ANTES Y DESPUES DE LA CONSUMACION DE LA INDEPENDENCIA DE 1821	15
EL CÓDIGO CIVIL DE 1870	16
LOS CÓDIGOS DE 1884. CIVIL Y MERCANTIL	17
SEGUROS MERCANTILES Y SEGUROS CIVILES EN 1870	17
EL CÓDIGO DE COMERCIO DE 1889	18
ENTRE 1910 Y 1920	20

ENTRE 1926 Y 1935	21
ENTRE 1935 Y 1980	23
A PARTIR DE 1981	31

CAPITULO III:

LA SOLICITUD DE LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA.

A) INFORMACION QUE DEBE CONTENER	34
B) CUESTIONARIO GENERAL	38
C) CUESTIONARIO MEDICO	45

CAPITULO IV:

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO.

A) BASES DEL CONTRATO	52
B) INDISPUTABILIDAD	53
C) COMPROBACION DE EDAD	61
D) SUICIDIO	64
E) CARENCIA DE RESTRICCIONES	66

CAPITULO V:

BASES JURIDICAS DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO.

A) ARTICULOS DE LA LEI SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	68
B) CAUSAS DE RESCISION DEL CONTRATO DE SEGURO	71
C) POR OMISSION O INEFFECTA DECLARACION DEL ASEGURADO	80

CAPITULO VI:

PROBLEMATICA FUNDAMENTAL DE LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD.

A) LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD DEBE CONTENER ELEMENTOS DE RESISTENCIA	91
B) LA RESCISION DEL CONTRATO COMO PARTE DE LAS CONDICIONES GENERALES	98
C) REFORMA DEL ARTICULO 47 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	100
D) NUEVA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD	103
E) CLAUSULA DE RESCISION	105

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

OTRAS PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS CONSULTADOS

ORDENAMIENTOS JURIDICOS CONSULTADOS

P R O L O G O

Resulta difícil comprender por qué en la actualidad nuestro país como la mayoría de los países que conforman a la América Latina no toman conciencia de lo que representa la protección de una póliza de seguro de vida para las personas, tal vez, porque nos parece que la vida es caer y levantarse siempre a base de trabajo arduo, que todo deviene de algo sobrenatural y se debe aceptar en la forma que se presente, ya que para eso somos hombres, pero no es un mejor amanecer cuando aquella familia tiene que llevarse un pedazo de pan a la boca porque aquel padre previó dejar un documento para proteger a su familia y que no sientan la soledad que deja su ausencia.

Por estas causas y por las jurídicas es por lo que decidí realizar el presente trabajo, en él se encontrarán parte de mis experiencias dentro de una Institución de Seguros y porque creo que esta industria sin chimeneas es preciso mejorarla día con día, ya que de esta manera estarán siempre todas las compañías aseguradoras mexicanas al mismo nivel o mejor en el servicio que las extranjeras.

Esto, también convencido de la difícil labor que realizan todas las personas que guardan una relación con las Instituciones de Seguros, ya que por la falta de

conocimientos, se piense lo que no es, se sueña lo que nunca será y se actúa por lo que no se debe. es por ello que dentro del mismo busco dar un poco de más información para todos aquellos que necesitan de algún documento que sea mas sencillo su entendimiento. además de las aportaciones que se encontraran y por minimas que estas sean, espero que sirvan de algo, ya que el tema de la indisputabilidad en el contrato de seguro de vida tiene muchas interrogantes y que estas mismas desembocan en otras que para una respuesta, hay que comprender todo lo que encierra el tema del dolo o mala fe del asegurado al momento de hacer sus declaraciones.

Es necesario tambien comentar que el objetivo primordial que busco es que el contrato de seguro de vida en su cláusula de indisputabilidad nos establezca la resistencia al pago por lo que ya señalábamos en el párrafo anterior y que se incluya en las condiciones generales una cláusula de rescisión.

Asi tambien he desarrollado este tema, porque siempre hay la desesperación en los beneficiarios de una póliza de seguro de vida, cuando desconocen cuales fueron las declaraciones que hizo el asegurado y por lo tanto, al encontrarse dentro de los primeros veinticuatro meses de vigencia de éste, no saben que es lo que hay que hacer.

Sea pues este sencillo trabajo por lograr un centavo más dentro del campo de los seguros en México, y con ello se busque seguir aportando ideas para mejorar esta parte algo escondida del derecho en beneficio de todos aquellos que no pueden dejar un sendero de rosas para los suyos y porque las empresas privadas dedicadas a la protección siempre cumplan con sus compromisos.

CAPITULO I

EL SEGURO EN LA ANTIGUEDAD:

El hombre desde su aparición en la tierra, ha tenido necesidad de agruparse para protegerse y así, va seguro, llevar a cabo sus proyectos. La Historia del seguro está formada por las diversas maneras en que el hombre ha enfrentado los riesgos a los que está expuesto a lo largo de su vida.

Hablar de antecedentes históricos, en su forma más simple, no es otra cosa que abordar por medio del análisis meramente descriptivo la naturaleza misma del hombre.

Cuando la ayuda mutua (por la que determinado número de personas se ponía de acuerdo para socorrer a los afectados en su economía por los riesgos naturales) todavía no existía ni en su forma más primitiva, ya se buscaba una solución al problema mediante cartas redactadas por un sacerdote o por las autoridades del lugar en las cuales se solicitaba la benevolencia de la gente para con los damnificados.

Más tarde también en forma muy primitiva, se daba un servicio puramente público, basado en la ayuda mutua que consistía en pagos o ayudas en especies tales como madera, paja, lino, objetos de menaje, herramientas, alimentos y trabajo manual.

A principios del Siglo XV empezó a abandonarse el pago en especie, para introducir cierta compensación en efectivo.

Así pues, en esta época el seguro puede definirse así: "EL MEDIO O METODO QUE, DISTRIBUIDO ENTRE UN GRAN NUMERO DE PERSONAS OTORGA LAS GARANTIAS NECESARIAS DE PROTECCION Y SEGURIDAD PARA AFRONTAR LOS RIESGOS CAPACES DE AFECTAR A LA ECONOMIA Y LA PROPIEDAD". Este medio aparece en la economía como un instrumento de protección basado en la diversificación de las órdidas.

Desde la antigua Babilonia (4000 - 3000 A.C.), los seguros de transporte y marítimos tenían su equivalente primitivo en los "préstamos a la gruesa" y sus operaciones gozaban de bastante aceptación en la navegación. En estos contratos quien asumía el riesgo económico de la aventura marítima era siempre un prestamista, que facilitaba al propietario o armador de una nave en expedición comercial la cantidad requerida, con la esperanza de ganar un fuerte interés en caso de que aquella llegara a un feliz término. Si no era así (es decir, si la nave naufragaba o la mercancía se perdía por cualquier otro riesgo de navegación), el préstamo quedaba totalmente cancelado. Este tipo de préstamos también existieron en la India seis siglos antes de Cristo y en Grecia y Roma, cuatro siglos antes de la Era

Cristiana". (1)

EL SEGURO ENTRE LOS ROMANOS:

Una de las formas más interesantes del reparto del riesgo practicada durante la época del Imperio Romano, la encontramos entre los soldados de las legiones romanas. Después de cada victoria de guerra, los soldados eran pagados con dinero y se les inducía a depositar una pequeña parte de lo que recibían en un fondo. Este servía para cuando el soldado se retirara o para entregarlo a sus familiares en caso de que muriese.

Otra forma importante de seguro fue la que surgió entre los romanos de la clase humilde. El culto que el pueblo romano rendía a los dioses de la mitología requería de ceremonias funerarias muy costosas, por lo que se hicieron agrupamientos y nació la famosa organización de los "COLEGIOS ROMANOS", que aseguraría el cumplimiento de ese deber.

"Este beneficio funerario o "FUNERACTIUM" de los miembros o socios se asemeja a la práctica que se observa actualmente en algunas fraternidades o sociedades mutualistas. El objeto de aquellas organizaciones, era garantizar a sus miembros ya fueran esclavos o asalariados libres, el pago de los fondos necesarios para

(1) BARROSO MONTIEL, JOSE LUIS, "El Seguro Popular un Modelo de Promoción". Tesis 1980. U.A.S. F.P. 16, 17.

cubrir los gastos o ritos funerarios. Para ello, se les cobraban cuotas de iniciación y también aportaciones mensuales. Naturalmente, los gastos eran cubiertos por la tesorería. Esta concedía un periodo de gracia o espera, antes de cancelar a los socios que se atrasaban en el pago de sus cuotas el derecho a recibir la indemnización correspondiente en caso de muerte. (Práctica similar a los seguros de vida modernos)". (2)

LAS HERMANDADES:

Según algunos historiadores, tomaron sus bases de los Colegios Romanos y fueron asociaciones de personas con intereses comunes (como las de mercaderes y artesanos) dentro de las cuales sus miembros pretendían ayudarse entre sí como si fueran hermanos. La protección y la ayuda que se proporcionaban mutuamente era bastante completa. Se daba auxilio a los miembros que se encontraban en la pobreza a causa de algún siniestro como incendio, inundación, etc. y cuando por enfermedad perdían su ganado o su mercancía en naufragio. En caso de morir el jefe de familia se proveían los gastos funerarios, una pensión para la viuda y familiares, e incluso se asonaban fondos para la educación de los huérfanos.

A través de su hermandad un miembro estaba

(2) Ob. Cit. P.18.

protegido durante su vida. Sabía que después de su muerte, su familia se encontraría igualmente protegida.

En el siglo XVI la organización y fuerza que las hermandades tenían en el campo de los negocios había llegado a ser tan grande en Inglaterra, que el gobierno decidió suprimirlas. Esto originó que surgieran las sociedades de amigos que funcionaron como las hermandades en lo tocante a indemnizaciones por enfermedad y muerte de alguno de sus miembros. Estas sociedades cumplieron sus objetivos tan adecuadamente que en el siglo XVI llegaron a ser una de las primeras formas organizadas de seguros. En 1819 el parlamento las definió no como sociedades de buena hermandad, sino como instituciones, debido a su carácter bien estructurado y funcionamiento regulado.

LA EDAD MEDIA:

Como ha sucedido en todos los tiempos, las ideas de progreso y seguridad pronto se extendieron entre los países europeos durante la edad media, siendo el seguro marítimo muy común y efectivo en esa época.

En esa entonces Italia era el centro de los negocios en Europa. Los italianos fueron durante mucho tiempo los comerciantes y artistas más importantes a la vez que los más ricos y poderosos.

Sus audaces exploradores llegaron a realizar importantes descubrimientos, ampliando así sus rutas comerciales y extendiendo su comercio por todos los países del mundo. La influencia italiana fue de gran magnitud en el campo del seguro. Hoy continuamos llamando pólizas al contrato de seguro, palabra de origen italiano que significa "promesa".

El seguro marítimo tuvo tal difusión que se llegó a especular con su uso. Existen notas del siglo XV en que estatutos del seguro marítimo de Barcelona prohibían el sobreaseguramiento y otras prácticas dolosas. Reglas similares aparecieron después en Venecia.

"Las sociedades mutualistas de la Edad Media, además de ocuparse de obras caritativas y de sepultar a los muertos, tenían establecidos rondos de auxilio para beneficio de sus socios. Con las contribuciones periódicas que estos aportaban a la tesorería ayudaban a los que sufrían pérdidas o daños causados por incendios, inundaciones, robo y otros acontecimientos fortuitos inherentes a las actividades de entonces.

Con el desarrollo de las actividades económicas, el "préstamo a la gruesa" también evolucionó y uno de los primeros cambios fue la inclusión de un pago por adelantado.

El propietario de la mercancía que debía transportarse, deseaba de cuorirse contra los riesgos de la navegación y como no necesitada un préstamo para ello, prefería pagar por anticipado el interés pero sin recibir el préstamo, con la garantía de parte del prestamista de que en caso de pérdida total o parcial de la mercancía recibiría el valor correspondiente. Por su parte, el prestamista no tenía que desembolsar desde el principio ninguna cantidad y sí recibía en cambio el anticipo de interés.

Este tipo de préstamo contiene ya los ingredientes de un seguro: Interés Asegurable, Suma Asegurada, Pago Anticipado (prima), Asegurado, Beneficio y Asegurador". (3)

Todavía tiempo después algunas pólizas continuaban mostrando el toque italiano al incluir al final del documento la siguiente frase: "En el nombre de Dios... Amén".

Se encuentra depositado en el archivo de Génova, Italia un contrato celebrado el 23 de Octubre de 1347, y es considerado como el más antiguo texto conocido de una póliza de seguro marítimo. su descuorimiento se debe a Enrico Bensa, conocido estudioso italiano en materias jurídicas.

(3) Ob. Cit. F. 22.

El texto íntegro dice lo siguiente:

"En nombre del Señor, así sea:

Yo, Giorgio Lecavello, ciudadano genovés, declaro a tí, Bartolomeo Basso, que he recibido de tí, a título de préstamo gratuito, ciento siete liras de "GENOVINI" y te prometo con solemne contrato que devolveré estas ciento siete liras dentro del término de seis meses, si tu "COCA" llamada "SANTA CLARA" ya lista para salir desde el Puerto de Génova saldrá y navegará con viaje regular hacia el Puerto de Mayorca, atracando allí sana y salva. En tal caso, el presente contrato será considerado nulo y como no hecho.

Si esto no ocurriera, prometo pagarte como castigo el doble de dicha cantidad, bajo pena de hipoteca y vínculo de todos mis bienes y de todos mis créditos.

Hecho en Génova en "BIANCHI" en una pieza de la casa de los hermanos Carlo y Bonifacio Usodimare en el año del Señor, el 23 de Octubre al atardecer". (4)

(4) BARROSO MONTIEL JOSE LUIS. "El Seguro Popular un Modelo de Promoción. Tesis 1980. Universidad Anahuac del Sur.

Posteriormente fueron agregándose otros factores sobre todo técnicos tales como experiencia, estadística, matemáticas, etc. Como es de suponer, se inició también un control de las operaciones de seguro por parte de los particulares y de las autoridades de los lugares donde floreció más esta práctica financiera.

Los seguros marítimos comenzaron a ser operados por grupos de aseguradores que suscribían los riesgos, compartiendo proporcionalmente el negocio, es decir, en coaseguro.

Un ejemplo histórico es el de Lloyd's de Londres. Esta corporación nació hace más de 300 años en un café cuyo propietario dio únicamente su nombre, Edward Lloyd. Este salón por estar ubicado en las cercanías del Río Támesis era frecuentado por personas relacionadas con el mar, como mercaderes, banqueros, armadores y capitanes de navíos pronto llegó a convertirse en un sitio adecuado tanto para toda clase de informaciones navieras como para la práctica del seguro.

Edward Lloyd murió en 1713 y durante toda su vida mantuvo el establecimiento sin modificaciones, pero con el transcurso de los años el salón café llegó a adquirir el carácter de un Club Privado en que los clientes habituales controlaron el recinto permitiendo la entrada sólo a las personas interesadas o relacionadas con

operaciones de seguros navieros. más tarde fue trasladado a la Royal Exchange de Londres. Lloyd's se constituyó en sociedad desde 1671 por disposición del Parlamento Británico. Sus miembros, conocidos con el nombre de "Miembros Suscriptores" aceptan seguros, no a nombre de Lloyd's, sino al propio por su cuenta y riesgo.

La corporación de Lloyd's se considera una entidad totalmente distinta de sus miembros suscriptores (under writing members of Lloyd's) pues tal como lo hizo Edward Lloyd no acepta seguros, sino que proporciona la sede y brinda las facilidades administrativas para la práctica del seguro. Establece a través de un comité rigurosas reglamentaciones financieras y de otra índole en cuanto a la afiliación de miembros y administra numerosas actividades en que participa. Entre ellas cabe destacar la publicidad diaria del "Lloyd's Shipping Index", que contiene el nombre de unos 16,000 barcos y proporciona la información más reciente sobre cada uno. Gracias a esta y otras publicaciones, datos y registros navieros acumulados durante largos años, Lloyd's ha venido ofreciendo las amplias y detalladas informaciones navieras que puedan obtenerse.

Entre todos estos datos cabe señalar ante todo, la situación poco conocida por el público en general de que Lloyd's de Londres no es una compañía de seguros, sino

un mercado internacional, libre y competitivo, para seguros y el centro mundial de información marítimo-naviera.

Actualmente esa Institución garantiza riesgos que son inasegurables por otras. Para ello cuenta con posibilidades de cobertura extraordinaria y con grandes volúmenes de los riesgos más heterogéneos y suficientes para formar una masa que compense las que acepta. Esto no puede darse en otros mercados.

A la cobertura de los riesgos de mar, tanto de embarcaciones como de mercancías, se añadiría en el Siglo XV un seguro de vida derivado de aquellos pues el capitán, los pasajeros y la tripulación pasaron a ser objeto de garantía. Este primer intento no fructificó ya que se prestaba a grandes especulaciones que motivaron su prohibición". (5)

"Debe hacer mención que durante el reinado de Isabel I el gobierno de Inglaterra dió gran importancia al comercio, puesto que en él se basaban sus intereses. El seguro encontró entonces gran aceptación y su uso se volvió más frecuente.

En 1574 se estableció, bajo el auspicio de la Reina Isabel una oficina de registro de seguros que llevó a cabo la elaboración y el riesgo de todas las formas de pólizas de seguro.

(5) Ob. Cit. F.F. 18, 19, 20.

Debido al incremento del comercio en Inglaterra, las funciones del seguro aumentaron notablemente. Fue entonces que Sir Walter Raleigh, fiel a los intereses de la Reina, defendió lo que llegaría a ser en 1601 el primer Estatuto del Seguro Marítimo Inglés.

Entre los años 1705 - 1706 aparece en Inglaterra una institución de seguros de vida que obtuvo un gran éxito como fue "La Sociedad Amistosa del Perpetuo Socorro". Esta sociedad era más bien de carácter benéfico y su propósito era proteger, en caso de fallecimiento del socio, a la viuda e hijos o algún otro pariente que fungiera como beneficiario.

La protección no era por una cantidad fijada de antemano, sino que al final de cada año, el dinero de las primas pagadas durante ese lapso se dividía previa deducción de los gastos de operación entre los beneficiarios de aquellos que habían fallecido ese año.

Para poder pertenecer a la sociedad había que gozar de excelente salud y ser persona de buenas costumbres, constituyendo esto el principio aunque en forma rudimentaria de las normas de selección de riesgos utilizadas en todas las modernas compañías de seguros.

Ninguna persona mayor de 45 años era aceptada, en tanto que el costo de la prima era independiente de la edad del asegurado.

El Siglo XVII preparó las bases definitivas para el seguro.

El Napolitano Lorenzo Fonti, en 1653, organizó en Francia las operaciones denominadas "TONTINAS", que consistían en una especie de lotería basada en el principio de que todos esperamos vivir más que nuestros semejantes. Entre todos los socios se reunía un fondo en una época determinada: los supervivientes se distribuían su capital aumentando con las partes de los fallecidos antes de terminar el plazo y los intereses del conjunto. El principio fundamental de estas operaciones sigue vigente en los cálculos actuariales para seguros".(6)

(6) Ob. Cit. F. 20.

CAPITULO II

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CONTRATO DE SEGURO EN MEXICO

"Para conocer en forma somera, pero suficiente la historia del seguro de México, conviene distinguir las siguientes etapas de su desarrollo:

ASCENDENCIA ESPAÑOLA.- No por influencia española, sino por natural herencia de la Madre Patria, al realizar México su independencia en 1821, conservó la legislación propia que tenía cuando fue la Nueva España, confirmadas por el Rey de España el 24 de Julio de 1804, en los cuales ya se decía que, aunque entonces no había empresas aseguradoras en este país, cuando llegaran a crearse sus operaciones deberían ser regidas por las Ordenanzas de Sevilla.

Sin embargo, la previsión del legislador no llegó a realizarse sino hasta 1789, en que se fundó la segunda empresa, también aseguradora en Veracruz, con un capital de \$200,000.00 dividido en cuarenta y seis acciones de \$5000.00 cada una. Ambas empresas tuvieron que liquidarse a consecuencia de la situación creada pocos años después, por la guerra de España contra Inglaterra.

PREVALENCIA DE LAS ORDENANZAS DE BILBAO ANTES
Y DESPUES DE LA CONSUMACION DE LA INDEPENDENCIA DE 1821:

A pesar de que las Ordenanzas de México establecieron que en materia de seguros serían aplicables supletoriamente las Ordenanzas de Sevilla y no obstante que al realizarse en 1680 la Recopilación de las Leyes de los Reinos de Indias, se dedicó el título 39 del libro IX a la reglamentación del seguro, inspirándose en las Ordenanzas de Sevilla, fueron las de Bilbao las que rigieron en la práctica y en las resoluciones del Consulado de la Nueva España. De ahí que después de la independencia de México, continuaran aplicándose estos últimos y aún se reconociera esa vigencia en un decreto de 1841, hasta que en 1854 se expidió el primer Código de Comercio de México (conocido por Código Lares, como nomenaje a su autor) ordenamiento que tuvo una vida efímera durante el régimen santanista, para resurgir en el imperio de Maximiliano y después ser aplicado localmente, con muchas vicisitudes, por varios Estados de la Federación, hasta quedar totalmente descartado en 1884, al expedirse el Código de Comercio de los Estados Unidos Mexicanos, el primero de carácter Federal.

El Código Lares reclamó el seguro en el título VII de su libro segundo, dedicado a los "Seguros de Conducciones Terrestres", y en la sección IV del título III de su libro tercero, que se ocupa de los "Seguros Marítimos".

Cuando se hecho dejó de regir este Código, recuperaron su fuerza las Ordenanzas Esibainas, que siguieron en vigor hasta que se expidió el "Código de Comercio de los Estados Unidos Mexicanos", de 15 de Abril de 1884.

EL CODIGO CIVIL DE 1870:

Sin embargo en 1870, por decreto de 5 de Diciembre, el Congreso Federal aprobó el "Código Civil para el Distrito Federal y Territorios de la Baja California", que fue formulado por una comisión que estuvo integrada por los abogados Yáez, Lafragua, Montiel y Donde. En su libro tercero, título XVII, capítulo II reglamentó los diversos contratos de seguro, con excepción del marítimo, que en su artículo 2999 se dejó sometido exclusivamente a las disposiciones de un Código de Comercio que todavía no se había expedido.

Es conveniente recordar que ya en la Exposición de motivos que formuló la comisión redactora del proyecto de este Código Civil de 1870, se invocaba la técnica aseguradora como base imprescindible de todo contrato de seguro, con estas inequívocas palabras:

EL SEGURO, FUNDADO EN FRUDENTES CONVENIOS Y HABILIS CALCULOS, SOMETE A REGLAS CASI CIERTAS LAS EVENTUALIDADES, Y POR MEDIO DE UNA CONTRIBUCION VOLUNTARIA Y DISTRIBUTIVA ENTRE MUCHOS, EVITA LA RUINA DE UN INDIVIDUO, SALVA AL MISMO TIEMPO LOS INTERESES DE OTROS LIGADOS A LOS DE AQUEL'.

LOS CÓDIGOS DE 1884, CIVIL Y MERCANTIL:

En 1884 se expidió un nuevo Código Civil que en materia de seguros no marítimos, reprodujo los sesenta y siete artículos que el Código de 1870 había dedicado a esta materia. Dejó también fuera de su campo de aplicación a los seguros marítimos, lo que se explica, por qué a consecuencia de la reforma constitucional del 14 de Diciembre de 1883, se Federalizó el derecho mercantil y el 15 de Abril de 1884, se expidió el "Código de Comercio de los Estados Unidos Mexicanos", simultáneamente con el nuevo Código Civil.

El Código de Comercio citado reglamentó el seguro, primero en el título VIII de su libro segundo, dedicado a los "Seguros Mercantiles", y después en el capítulo III del título III de su libro tercero que se ocupa de los "Seguros Marítimos".

SEGUROS MERCANTILES Y SEGUROS CIVILES EN 1870:

Por tanto, se configuró el contrato de seguro como mercantil en el Código de Comercio que ya tenía el carácter de Federal, y además como contrato civil, regido por los Códigos Civiles locales del Distrito y Territorios Federales y de los Estados, cuando esos contratos de seguros no llenaran los requisitos consignados en el artículo 682 del Código de Comercio, a saber:

"EL CONTRATO DE SEGURO ES MERCANTIL. SI AL ESTIPULARSE CONCURREN ESTAS DOS CIRCUNSTANCIAS: QUE INTERVENGA EN CALIDAD DE ASEGURADOR UN COMERCIANTE O COMPANIA COMERCIAL QUE ENTRE LOS RAMOS DE SU GIRO TENGA EL DE SEGUROS; Y QUE EL OBJETO DE EL SEA LA INDEMNIZACION DE LOS RIESGOS A QUE ESTEN EXPUESTAS LAS MERCANCIAS O NEGOCIACIONES COMERCIALES".

Así pues, el seguro de personas, tenía que ser invariablemente contrato civil.

EL CODIGO DE COMERCIO DE 1889:

Nuevo criterio de la mercantilidad del seguro:

Pocos años después, en 1889, al promulgarse el nuevo Código Mercantil que todavía sigue vigente en parte, el criterio para determinar la mercantilidad de un seguro, cambia, pues en su artículo 75, inspirado en el Código de Comercio Italiano de 1862, se dice que "La Ley reputa actos de comercio:... XVI.- "Los contratos de seguros de toda especie, siempre que sean hechos por empresas". (7)

EL 16 DE DICIEMBRE DE 1892 EXPIDIO EL CONGRESO UNA "LEY SOBRE COMPANIAS DE SEGUROS".

"Dicha Ley exigió un depósito de \$10,000.00 como suficiente para el establecimiento de una compañía de

(7) RUIZ RUEDA, LUIS "El Contrato de Seguro" Editorial Porrúa, México 1978 F.F. 23-28.

seguros: en inteligencia de que a partir del segundo año siguiente a la iniciación de sus operaciones, el monto de este depósito aumentaría de acuerdo con la cuantía de los seguros que tuviera en vigor.

En las disposiciones de esta Ley, se esbozaba ya la intención de vigilar e intervenir en las operaciones de tales empresas: puesto que se fijaba a éstas la obligación de presentar informes semestrales a la Secretaría de Hacienda, y la de publicar anualmente el estado de sus operaciones, sometiéndolos a la inspección oficial.

Tal Ley fue siempre considerada como de finalidad especialmente fiscal y no precisamente tendiente a proteger los intereses de los asegurados, como obviamente se deduce de lo anterior. En este tiempo el seguro de vida era practicado por dos compañías mexicanas: "La Mexicana" y "La Fraternal" que pronto desaparecieron; y por siete agencias de empresas norteamericanas sobre cuya seriedad, solvencia y métodos de operar se sabía muy poco y cuya posterior desaparición, además de causar serios perjuicios a los asegurados, dejó tras de sí un ambiente muy poco propicio para el encausamiento y posterior desarrollo del seguro en general.

En cuanto al seguro de otras clases, lo practicaban agencias de empresas extranjeras sobre las cuales tampoco podía tenerse un control efectivo.

En el periodo 1895 - 1910, además de las organizaciones aseguradoras ya mencionadas, operaban: En el ramo de seguro de automóviles: la "Compañía General de Seguros Anglo Mexicana" que se fundó en 1877; en el ramo de Vida, "La Nacional", Compañía de Seguros sobre la Vida, fundada en 1901 y la "Latino Americana", Compañía de Seguros de Vida fundada en 1906; y finalmente, la "Compañía de Seguros Veracruzana", que se fundó en el año de 1908, para practicar los seguros de incendio, y de transportes marítimos.

En cuanto a estas empresas mexicanas, es justo y pertinente manifestar que lograron superar las dificultades inherentes a la competencia que en el mercado les hacían las agencias de empresas extranjeras que por el hecho de serlo eran preferidas por el público y a la época funesta de la Revolución Mexicana; y que todavía ahora se encuentran operando normalmente.

ENTRE 1910 Y 1926:

El día 25 de Mayo de 1910, se promulgó la primera Ley que reglamentaba las operaciones de seguros sobre la vida de México; y la que, tomando en consideración la carencia de antecedentes y de información general sobre la materia puede considerarse como revolucionaria.

Los aspectos más importantes de la misma fueron:

a) Que el seguro sólo podría ser practicado por empresas constituidas como sociedades anónimas o por mutualistas.

b) Que éstas no podrían operar sino mediante autorización previa de la Secretaría de Hacienda.

c) Se hacía obligatoria la constitución y la inversión de reservas técnicas y de previsión.

d) Se estableció la inspección oficial de acuerdo con el reglamento respectivo.

e) Las tarifas de primas y los documentos de contratación de los seguros, deberían ser previamente aprobados por la citada Secretaría de Hacienda.

f) Se exigía a las empresas la publicación periódica de sus estados financieros.

g) Se ordenaba la creación de un Departamento de Seguros, que se fundó en la Secretaría de Hacienda el 15 de Diciembre de 1910.

ENTRE 1926 Y 1935:

Aunque fue en el año de 1910 cuando empezó a manifestarse el interés del Estado por reglamentar y vigilar más cuidadosamente las operaciones de seguros, principalmente en interés de los asegurados, puede decirse que no fue sino hasta el año de 1926 cuando se determinó precisar y reglamentar más eficazmente el

control que debía ejercerse sobre las operaciones de las instituciones aseguradoras.

El 25 de Mayo de 1926 se expidió la "Ley General de Sociedades de Seguros", que extendió el sistema del control estatal que ya existía para el seguro de vida, a todos los ramos de seguros.

Esta Ley tuvo numerosas incursiones, tanto por lo que se refiere a la constitución de las sociedades de seguros, como algunos puntos importantes del contrato mismo del seguro.

Aunque en realidad en esta Ley no se dejaron sentadas las bases para que:

a) Las operaciones de seguros, fueran practicadas exclusivamente por empresas establecidas en México, y no por agencias de sociedades domiciliadas en el extranjero y libres, por tanto, del control de las autoridades mexicanas.

b) Se pudiera fomentar el establecimiento de empresas aseguradoras con capital predominantemente mexicano.

c) Se brindara la debida protección a la economía de nuestro país.

El seguro en todos los ramos era practicado principalmente por las citadas agencias extranjeras; y la inversión de las reservas determinadas por la Ley, se

nacía casi totalmente en beneficio de las economías de los países donde tales empresas tenían su domicilio; sin ofrecer por ello una garantía más que puramente teórica, a los intereses de los asegurados mexicanos; y causando serio perjuicio a la economía de México, que en ninguna forma se beneficiaba de la inversión de los cuantiosos recursos que representaban dichas reservas; y que incontestablemente debía hacerse en este país, ya que se trataba de primas cobradas en México y que emigraban al extranjero junto con las utilidades a través de las operaciones aquí realizadas por dichas empresas.

ENTRE 1935 Y 1980:

A mediados de 1935, el seguro era practicado en México, en cuanto a organizaciones mexicanas se refiere: En el ramo de vida, por las dos sociedades anónimas mexicanas establecidas en 1901 y en 1906 que antes fueron mencionadas; por dos sociedades mutualistas (una de ellas de carácter gremial que no operaba con el público) y por una de tipo fraternal. En los ramos de seguros contra daños a la propiedad, por las dos sociedades anónimas mexicanas establecidas en 1897 y en 1908 también antes mencionadas.

Por lo que hace a organizaciones extranjeras, operaban dos agencias que practicaban el seguro sobre la vida y cuarenta y cinco agentes representantes de

empresas también extranjeras, que practicaban el seguro en los diferentes ramos de daños a la propiedad.

El 26 de Agosto de 1935, constituye una fecha memorable en los anales del desarrollo del Seguro en México; pues fue entonces cuando se promulgaron y entraron en vigor las dos leyes que son fundamentales del progreso alcanzado por nuestro país en esta materia: "Ley General de Instituciones de Seguros", que dejó sentadas las bases para la verdadera mexicanización y el correcto funcionamiento de la industria aseguradora en México, y la "Ley sobre el Contrato de Seguro" que establece las normas para la interpretación y adecuada aplicación de dicho contrato.

Ambas leyes, independientemente del efecto que hayan causado al momento de su promulgación, son actualmente reconocidas, en el ámbito mundial, como modernas y avanzadas; además de considerarse, sobre todo la primera, plenamente justificada bajo cualquier aspecto que se le juzque.

La Ley sobre el Contrato de Seguro, fue principalmente obra del Licenciado Manuel Gual Vidal, quien se inspiró en gran parte en la Ley Federal Suiza del Contrato de Seguro, del 2 de Abril de 1906, así como, en la Ley Francesa, también relativa al mismo contrato del 13 de Julio de 1930.

La Ley General de Instituciones de Seguros, vino a establecer:

a) El control y la vigilancia técnica y administrativa -no primordialmente fiscal- de las instituciones aseguradoras, por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; que la ejerce por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

b) Las bases para la organización y el funcionamiento de las empresas que, como sociedades anónimas o como sucursales de empresas extranjeras, se establezcan y operen en el país; clasificando las primeras en dos grupos:

Primero.- Las Nacionales o sea aquellas en cuyo capital tenga mayoría el Estado:

Segundo.- Las Mexicanas, o sea, las que se constituyen con capital privado. (Fracciones I y II del Artículo 10. de la Ley).

c) El monto de los capitales mínimos que las sociedades anónimas deben tener, desde la fecha de su iniciación, según el número de los ramos de los seguros que practiquen. Artículo 20 Ley General de Instituciones de Seguros;.

Las condiciones que en este aspecto deben llenar las sociedades mutualistas. (Artículo 18 Ley General de Instituciones de Seguros). Las condiciones requeridas

para el establecimiento de Consorcios, que serán considerados como organizaciones Auxiliares de Seguros (Artículo 2 bis, Ley Gral. de Instituciones de Seguros).

d) Las operaciones de seguros en tres ramos o ramas, o sea:

I.- Vida;

II.- Accidentes y Enfermedades;

III.- Daños a la propiedad:

- a) Incendio.
- b) Marítimo y Transportes,
- c) Responsabilidad Civil y Riesgos Profesionales,
- d) Automóviles.
- e) Agrícola,
- f) Crédito y Diversos.

Permitiendo también el establecimiento de empresas que se dediquen a practicar exclusivamente el reaseguro.

e) La constitución de reservas técnicas para Riesgos en Curso: de Previsión para fluctuaciones de valores y desviaciones estadísticas y la correspondiente a siniestros pendientes de pago; además de las reservas de capital que las empresas aseguradoras están obligadas a establecer conforme a sus balances, para dar cumplimiento a las normas estatutarias correspondientes; protegiendo así adecuadamente los intereses de los

asegurados (Artículo 11 Ley General de Instituciones de Seguros).

f) La inversión que de dichas reservas, lo mismo que de su capital, deben hacer las empresas aseguradora en bienes o en valores mexicanos. (Artículos 32, 86 y 87, Ley General de Instituciones de Seguros), para así coadyuvar efectivamente al desarrollo de nuestra economía.

g) La prohibición de cualquier operación activa de seguros en territorio mexicano, a cualquier persona que carezca de la autorización expresa para ofrecer como Institución de Seguros o en representación de una que lo esté para practicarlo en el país. (Artículo 30, 1, Ley General de Instituciones de Seguros); y contratar con empresas extranjeras los seguros que se requieran para la protección de personas o de intereses domiciliados en el país (Artículo 30, 11, Ley General de Instituciones de Seguros).

Al conocer el contenido de dicha Ley y a pesar de que indudablemente comprendieron que se trataba de disposiciones dictadas por un país soberano: plenamente justificadas y necesarias para acabar con un estado de cosas obviamente anacrónico, todos aquellos aseguradores extranjeros se negaron (con excepción de uno del ramo de vida) a acatar sus disposiciones; y manifestaron por

conducto de representantes del Fair Offices Comites de Londres, que expresamente vinieron a México con ese objeto de retirar sus representaciones en nuestro país; vaticinando que: "...no podría haber industria mexicana de los seguros, porque no había en México personas técnica, administrativa ni económicamente preparadas y capacitadas para organizar y manejar eficientemente ese negocio; y porque las empresas que eventualmente llegaran a establecerse al amparo de la nueva Ley, no podrían llegar a operar normalmente, ya que sin duda, no podrían obtener en el extranjero, el reaseguro indispensable para hacerlo en forma que garantizara adecuadamente los intereses que eventualmente llegaran a confiárseles".

Entendían en consecuencia, que se derogaran las disposiciones de la Ley General de Instituciones de Seguros, apenas promulgada, en todo aquello que modificara la situación anacrónica de privilegio injustificado, de que anteriormente habían venido disfrutando; a fin de que pudieran continuar operando para que el comercio y la industria mexicanos no se vieran privados de la protección del seguro que indudablemente no podrían seguir obteniendo aquí si aquellas empresas se retiraban.

No tomaron en cuenta que se trataba de medidas

sanas e indispensables para garantizar siempre el buen funcionamiento del seguro; y semejantes a las que cualquier país debe incluir en su legislación.

Naturalmente que nuestro gobierno se mantuvo firme; y entonces:

a) La empresa extranjera del ramo de vida que se renuso a acatar la Ley (la otra se organizó como sucursal de la que antes representaba) dejó de operar; dando motivo a la creación de una Institución Nacional de ese ramo, que absorbió la cartera de aquella; manteniendo en todo su vigor y fuerza los contratos de seguros celebrados por ella anteriormente con asegurados mexicanos. Esa institución denominada "Seguros de México" fue posteriormente -quince años más tarde- traspasada a intereses privados mexicanos; y más tarde, se fusionó con otra importante empresa privada organizada para practicar seguros de "daños" convirtiéndose así en una empresa de operación mixta de vida y de daños.

b) Todas las empresas extranjeras de seguros de daños a la propiedad, que operaban por conducto de agencias, retiraron a éstas su representación y entonces: los antiguos agentes mexicanos de dichas empresas, deseosos de seguir trabajando y cooperando al desarrollo del país en que vivían; deseosos de servir y conservar la clientela que con su personal esfuerzo habían formado; y

de cooperar con nuestras autoridades a la fundación y desarrollo de la industria mexicana del Seguro, no titubearon; y confiando en nuestras leyes e instituciones y en el futuro de México, reunieron los capitales que en aquella fecha requería la Ley como necesarios para la organización de empresas aseguradoras (Artículo 20 Ley General de Instituciones de Seguros).

Naturalmente recibieron del Gobierno las autorizaciones necesarias; y así, pronto iniciaron sus operaciones con gran fe y entusiasmo, logrando de inmediato la confianza tanto del comercio como de la industria mexicanas; que ni por un momento llegaron a verse privados del seguro tan necesario para garantizar la realización de sus finalidades.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público por medio de su oficina de Seguros y Fianzas, (que entonces realizaba también las funciones que posteriormente se encomendaron a la Comisión Nacional de Seguros, creada en 1946 y actualmente Comisión Nacional de Seguros y Fianzas) les brindó, como era natural, toda la cooperación tanto técnica como legal y administrativa, que necesitaban para organizarse de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, y para que su funcionamiento inicial garantizara su cabal y completo desarrollo.

del tipo como nacieron las primeras instituciones mexicanas de seguros que desde un principio y pese a los pocos alentadores augurios antes mencionados, pudieron desde luego obtener el reaseguro necesario en el mercado mundial; que con criterio más amplio, reconocieron lo justo y adecuado de nuestras leyes y comprendiendo seguramente que "los tiempos cambian", juzgaron obviamente que sería absurdo dejar, de manera absoluta, de tener participación en el negocio de los seguros en un país que, como México, estaba firmemente encaminado en la senda de su progreso.

A PARTIR DE 1981:

El día 7 de Enero de 1981 es publicada en el Diario Oficial, la Nueva Ley General de Instituciones de Seguros de fecha 30 de Diciembre de 1980.

Las reformas contenidas en esta nueva Ley se pueden clasificar en cuatro rubros:

a) Reformas a la estructura del sector asegurador mediante:

- La supresión de las sucursales de compañías extranjeras de seguros.

- El establecimiento del régimen de concesión para Instituciones de Seguros.

- El establecimiento del régimen de autorización para sociedades mutualistas de seguros.

- La adecuación del marco jurídico que rige la actividad de los agentes de seguros.

- La regulación de las actividades de los ajustadores y otras figuras relacionadas con la operación de reaseguro.

b) Reformas al régimen de operación de las aseguradoras mediante:

- La regulación de las operaciones de las instituciones en su carácter de aseguradoras.

- La adecuación en la posición de las instituciones de seguros al régimen de las operaciones activas de las instituciones de crédito.

c) Medios para una mayor sanidad en el sector a través de:

- Ampliar y definir las funciones de inspección y vigilancia de las autoridades del sector.

- Redefinir y completar los regímenes de revocación de concesiones y el de sanciones.

d) Ajustes diversos a través de:

- Modificaciones formales.

- Aclarar conceptos.

- Delimitar las funciones de las diversas autoridades.

- Otras reformas de carácter secundario'. (B)

(B) COSIO RODRIGUEZ, JOSE "Introducción al Seguro de Vida" Editorial Inst. Mex. Educat. de Seguros y Fianzas. México, 1984. Segunda Edición. P.F. 3-14.

CAPITULO III

LA SOLICITUD DE LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA

A) INFORMACION QUE DEBE CONTENER:

Con el fin de darle forma jurídica a los contratos de seguro, las empresas aseguradoras utilizan una serie de documentos que tienen que ser sometidos ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para recibir su aprobación, según el artículo 24 de la Ley General de Instituciones de Seguros y sujetarse a lo indicado en la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Entre los documentos más importantes que se utilizan para que una Compañía Aseguradora otorgue un contrato de seguro tenemos: La solicitud y posteriormente la póliza.

A los anteriores documentos, José de Jesús Martínez Gil en su libro "Manual Teórico y Práctico de Seguros" nos da su definición de los anteriores conceptos:

"Solicitud de un Contrato de Seguros".- En lo que respecta al proponente la solicitud es el documento que exterioriza su voluntad de contratar, fija las bases del seguro y determina la protección que desea, particularmente el monto y la permanencia de la cobertura total. Artículos 5, 6, 7, 8, 9, 10, 23, 24, 47 y 153 fracción I de la Ley sobre el Contrato de Seguro y l. 7

21 del Reglamento del Seguro de Grupo" (9)

Póliza.- Es el documento en que constan los derechos y obligaciones de las partes contratantes y forman parte de la misma todos aquellos documentos necesarios para la expedición de la póliza y los anexos y endosos posteriores a su emisión, como pueden ser cláusulas adicionales de la misma, los certificados individuales de seguros de grupo, los certificados de pólizas adiertas, los certificados provisionales de pólizas, los endosos, las hojas de cobertura, las solicitudes de seguros, los formularios de ofertas suministradas por la compañía, los formularios médicos, en fin todos aquellos documentos que toman parte integrante del contrato de seguro.

La póliza es el medio de prueba fundamental para constatar los terminos y condiciones en que se contrata. Ninguna otra prueba salvo la confesional se admitirá para probar su existencia (mas no su contenido). Las condiciones generales de la póliza no vienen a ser otra cosa más que el conjunto de principios básicos que establece la compañía aseguradora para todos los contratos de seguros que emita en el mismo ramo. Las condiciones especiales, tienen como finalidad matizar o

(9) MARTINEZ GIL JOSE DE JESUS. "Manual Teórico y Práctico de Seguros". Editorial Porrúa. México 1984. P.226

concretar el contenido de algunas normas que se señalen en las condiciones generales. Asimismo, en no pocas ocasiones las condiciones especiales son más numerosas que las condiciones generales y además tienen preferencia sobre las generales. Artículos 24 y 127 de la Ley General de Instituciones de Seguros y 15 al 30 de la Ley sobre el Contrato de Seguro". (10)

"A los anteriores conceptos debemos agregar los elementos de contratación que son indispensables para obtener una póliza de seguro de vida. Así concluimos que el contrato de seguro es consensual y no formal. Además, para nacer el mismo es necesaria la manifestación libre de los contratantes, es decir, surge de un negocio bilateral entre la aseguradora y el contratante o tomador.

El primero de los elementos es la oferta que definimos de la siguiente forma:

"La oferta es una declaración de voluntad que se hace con la intención de que sea aceptada para concluir el contrato".

El contenido de la oferta debe comprender los elementos esenciales del contrato que se pretende concluir:

a) Objeto e interés asegurado

(10) Ob. Cit. P.F. 193-194.

- a) Clase y duración del seguro
- b) Cuantía de las prestaciones del tomador y del asegurador
- c) Definición del riesgo, es decir, los datos que con posterioridad serán elementos de la póliza.

Aun cuando la iniciativa para contratar el seguro proviene de la empresa aseguradora, normalmente a través de sus agentes, al momento de perfeccionarse el contrato, es el asegurado quien se convierte en el proponente, de ahí que las normas establezcan la obligación de éste de declarar con veracidad. Artículos 8, 14, 15, 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Una vez que el proponente hace la oferta queda obligado durante el término de quince días o el de treinta cuando fuese necesario practicar examen médico, según lo establece el Artículo 3 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En cuanto a la consensualidad del Contrato de Seguro, Arturo Díaz Bravo hace el siguiente comentario: "En México el Contrato de Seguro es consensual: sin embargo, en la práctica algunos tipos de seguro sólo surten efectos mediante la expedición de la póliza". (11)

"El otro elemento de contratación es la

(11) DIAZ BRAVO ARTURO. "Contratos Mercantiles" Editorial Harla, México 1987, P. 47

aceptación, que también se le conoce como la manifestación de la voluntad de concluir el contrato propuesto por el oferente y debe coincidir con el contenido de la oferta.

Es sin embargo necesario aclarar que la aceptación tiene como consecuencia el perfeccionamiento del contrato, siempre y cuando sea de conformidad con la oferta.

El artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro prevee esta situación y dice que si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concuerdan con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones".(12)

B) CUESTIONARIO GENERAL

Después de los anteriores conceptos concluiremos con la información que debe contener la solicitud de la póliza de seguro de vida:

Este documento lo elabora el solicitante con la ayuda del agente de seguros; y contiene, tanto la información personal del mismo, como las características

(12) VAZQUEZ DEL MERCADO OSCAR "Contratos Mercantiles" Editorial Porrúa, México 1982, P. 231.

del bien que se desea adquirir.

Asimismo, queremos presentar lo que señala la Suprema Corte de Justicia de la Nación al respecto:

SEGURO. CONTRATO DE. DEBE EXISTIR BUENA FE EN LAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO.

"Es incuestionable que un contrato de seguro, cuya formación e integración requiere para su validez de la buena fe de las partes principalmente del asegurado, cuyas declaraciones son la base de la contratación, pero también la del asegurador, al formular los cuestionarios respectivos, está afectado de nulidad por omisión, falsas o inexactas declaraciones del asegurado, toda vez que tales circunstancias vician el consentimiento de la parte aseguradora, en los términos de lo dispuesto por los artículos 1774, 1812, 1813 y 2230 del Código Civil Federal. Sin embargo la Ley sobre el Contrato de Seguro, en su artículo 478 dispone que, cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos que el solicitante está obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, conforme al cuestionario relativo, facultará a la empresa para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Inmediatamente surge la siguiente cuestión: La rescisión supone la existencia de un contrato válido que ha sido afectado durante su

existencia por un vicio que no lo invalida en el momento de su consumación. Luego, si sólo puede rescindirse el contrato válido, por qué dispone la ley que el contrato de seguro afectado de nulidad por vicios del consentimiento en su celebración, puede ser rescindido en vez de decir que debe ser anulado? la razón es obvia: por el contrato de seguro la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato (Artículo 1 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). De esta definición legal se desprende que el contrato de seguro es condicional porque la obligación de la empresa aseguradora depende de la realización del siniestro previsto; y este es un acontecimiento futuro e incierto. El objeto del contrato, elemento común en todos los seguros, es el riesgo, o sea, la probabilidad de la realización del siniestro que amenaza la vida, la salud, la integridad física o el patrimonio del asegurado; riesgo de cuyas consecuencias trata de prevenirse o salvaguardarse el que asegura y asume sobre sí la empresa aseguradora, mediante el pago de la prima, que es la contraprestación debida por el asegurado. Pero el contrato de seguro es, al mismo tiempo, aleatorio, porque al incorporar a sus condiciones un hecho incierto o

contingente que entraña azar, no es posible valorar las ganancias o las pérdidas que los contratantes pueden obtener, sino hasta que el acontecimiento previsto se realice; de manera que es el factor contingencia el que decide cual de los contratantes tendrá un daño o una ventaja; y muchas veces los beneficios y las primas no constituyen siquiera una apariencia de proporcionalidad o de igualdad. Fue bien, por estas razones y porque la ley quiere que ambos contratantes se coloquen en un plano de igualdad en el momento de celebrar el contrato, exige al asegurado buena fe al declarar a la empresa aseguradora los hechos sobre los que ésta le pregunta, porque por estas declaraciones podrá la empresa conocer y evaluar las circunstancias influyentes del riesgo que va a asumir, y que de ordinario no puede verificar por sí mismo: de modo que si éste con informaciones inexactas o incompletas le hace asumir un riesgo diferente del verdadero y tal que, conociendo la verdad no lo hubiera asumido o no lo hubiera hecho en las mismas condiciones, hace que la obligación de la aseguradora sea ineficaz desde su origen, ya que la falsa o incompleta declaración sobre los hechos importantes para apreciar el riesgo, no solo vicia el consentimiento de la aseguradora afectando de nulidad al contrato, sino que, además, trasciende al objeto del mismo, haciendo al contrato ineficaz y, por

consiguiente rescindible". (13)

La información más importante que contiene la solicitud es la siguiente:

1.- INFORMACION PERSONAL:

- Nombre
- Domicilio
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Beneficiarios y el parentesco

2.- INFORMACION DE SU TRABAJO:

- Nombre de la empresa
- Domicilio de la empresa
- Ocupación
- Ingresos mensuales
- Antigüedad en el trabajo
- Ingresos adicionales

3.- INFORMACION DEL PLAN:

- Tipo de plan de seguro
- Plazo del seguro
- Plazo del pago de primas
- Beneficios adicionales
- Forma de pago
- Otros seguros que tenga
- Suma asegurada del plan

(13) AMPARO DIRECTO 4912/72 LA NACIONAL. COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A. 6 DE ENERO DE 1974. UNANIMIDAD DE 4 VOTOS. FONTE: ERNESTO SOLIS LOPEZ. PAG. 39 VOLUMEN 71. EPOCA SEPTIMA.

Nuestra siguiente tesis jurisprudencial nos acerca al tema de los requisitos que debe contener el cuestionario del contrato de seguro:

SEGURO, CONTRATO DE. REQUISITOS PARA LOS CUESTIONARIOS DE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS.

"El contrato de seguro, siendo un contrato aleatorio, pues depende de un hecho incierto o contingente que entraña azar e implica el posible pago de beneficios que se encuentren completamente fuera de proporción, con las primas pagadas, requiere, en su celebración, de la buena fe del solicitante, porque las declaraciones de éste serán la base para el contrato, según dispone el artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Lo confirma su artículo 47 al decir que cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro sin embargo, la obligación que la ley impone al solicitante, de obrar con buena fe al declarar por escrito los hechos que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato, como lo dice el artículo 5 del citado ordenamiento, tiene una doble

limitación, expresada en dicho precepto, consistente en que los hechos deben ser declarados por el solicitante "de acuerdo con el cuestionario relativo" y que sean "importantes para la apreciación del riesgo o que puedan influir en las condiciones convenidas". Lo cual significa que las aseguradoras deben actuar con buena fe también, procurando que sus cuestionarios no contengan preguntas insidiosas, entendiéndose por tales, no solamente las que se dirigen a ofuscar la inteligencia del que ha de responder, con objeto de inducirlo a error y obtener una confesión contraria a la verdad; sino también aquellas que impliquen un hecho que ninguna relación tiene con lo que es materia del cuestionario respectivo o que impliquen un hecho complejo, compuesto de dos o más hechos ajenos al cuestionario, y que se formulan no con el deliberado propósito de hacer incurrir en omisión, falsa o inexacta declaración al solicitante. Esto en atención a que, por regla general, los cuestionarios de las compañías aseguradoras se refieren a hechos propios del solicitante, y por lo tanto, las preguntas como las contestaciones, deben recibir, en su apreciación por los Tribunales, en caso de conflicto conforme a las reglas de la contesión. (14)

(14) AMPARO DIRECTO 4912/72 LA NACIONAL. COMPAÑIA DE SEGUROS. S.A. 6 DE ENERO DE 1974. UNANIMIDAD DE 4 VOTOS. FONTE: ERNESTO SOLIS LOPEZ. PAG. 41. VOL. 71 EPOCA SEPTIMA.

C) CUESTIONARIO MEDICO:

"Las empresas aseguradoras de acuerdo con su experiencia particular y su política de selección y aceptación de riesgos, conceden seguros de vida sin el requisito de que los solicitantes presenten exámenes médicos.

Estos seguros sin exámenes se conceden hasta ciertos límites de edad y suma asegurada.

Las empresas periódicamente proporcionan estos "Requisitos de Asegurabilidad", que aumentarán de acuerdo al índice de siniestralidad que se tenga y a la cartera que se acumula.

En estos casos, la solicitud cuenta con un cuestionario formulado con preguntas relativas al estado de salud del solicitante.

La información de estos cuestionarios es la siguiente:

- Estatura y peso
- Consumo de bebidas alcohólicas
- Consumo de cigarros
- Accidentes sufridos
- Operaciones quirúrgicas
- Enfermedades que ha padecido
- Tratamientos médicos

Cuando el solicitante es de sexo femenino, las solicitudes contemplan un cuestionario especial... (15)

El cuestionario a que hace referencia el maestro Cosío Rodríguez es dirigido a la mujer se le hacen preguntas tales como: ¿Se le han practicado cesáreas? ¿Se encuentra embarazada actualmente? ¿Ha tenido enfermedades o tumores en los pechos, matriz u ovarios?, todo ello con la finalidad de saber con exactitud sobre los padecimientos que ha sufrido anteriores a la contratación del seguro de vida.

El mismo autor termina diciendo lo siguiente:

"El objetivo de toda la información anterior en las solicitudes es la siguiente: medir con precisión el riesgo que se propone asegurar y también determinar la prima necesaria". (16)

Quisiera en este capítulo de referencias, señalar la importancia que revisten las declaraciones que hace el proponente de una póliza de seguro de vida y con ello los beneficios que le puede otorgar, así como los perjuicios al presentarse la omisión o incorrecta declaración. Es por ello que el contenido del mismo lo

(15) COSÍO RODRIGUEZ JOSE "Introducción al Seguro de Vida" Edit. Inst. Mex. Educat. de Seguros y Fianzas, A.C. Segunda Edición, México 1984. F.F. 27-29

(16) Ob. Cit. F. 29

hemos dividido en aspectos generales y aspectos relativos a la salud del solicitante.

Así pues, José de Jesús Martínez Gil en su obra ya citada con anterioridad nos comenta acerca de las omisiones del asegurado:

"La negativa, la omisión o la ocultación del asegurado, acerca de hechos conocidos por él, señalada expresamente en el cuestionario médico, y de cuya importancia era sabedor, no queda purgada por la omisión o error del médico cometidos en el examen, en ningún caso, pero menos cuando dicha ocultación es maliciosa.

En efecto, un hecho negado expresamente cuyo conocimiento no se manifiesta ni puede manifestarse, por signos externos y que en consecuencia escapan al examen médico, como pueden ser un padecimiento de úlcera gástrica, el sufrir desmayos, o el estar internado en algún sanatorio u hospital, sólo puede conocerse por declaración del proponente.

De lo anterior se desprende la importancia que tiene la parte final del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro donde se establece que en todo caso las declaraciones del asegurado serán la base para el contrato... (17)

(17) MARTINEZ GIL JOSE DE JESUS "Manual Teórico y Práctico de Seguros" Editorial Porrúa, México 1984, P.F. 180-181.

Ahora bien, por cuanto hace a las declaraciones generales el autor continúa comentando: "Al referirnos al Artículo 5 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, a que el proponente está obligado a declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, debe entenderse que es la empresa aseguradora la que debe considerar cuales son los hechos importantes, no quedar a criterio del proponente; en otras palabras, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes o no, tal y como los conozca o deba conocer.

Lo anterior es lógico porque si se deja a criterio del proponente, este no podrá o no querrá declarar hechos que en su opinión considere ser no importantes; sin embargo, si lo pueden ser, de allí que de todas las declaraciones del asegurado la empresa tome los hechos que considere importantes para la apreciación del riesgo. (18)

Para culminar con el presente capítulo, es necesario transcribir un comentario acerca del valor jurídico de los cuestionarios de las solicitudes del contrato de seguro de vida que hace César Virante.

(18) Ob. Cit. F. 180.

"LOS QUESTIONARIOS. SU VALOR JURIDICO:

"A fin de procurarse una idea completa y precisa del riesgo, las compañías se suelen servir de cuestionarios impresos, que contienen una gran variedad de preguntas dirigidas a los asegurados sobre el tenor de su vida, sobre sus enfermedades y sobre la de sus parientes...

"Pero cualquiera que sea su contenido, el cuestionario favorece prácticamente tanto al asegurador como al asegurado, favorece al primero porque le permite llamar la atención del asegurado sobre las circunstancias que influyen en la determinación del riesgo: porque le permite atribuir el carácter de circunstancias esenciales aun a las que según la opinión común o según el método seguido por otras compañías, no lo són...; favorece al asegurado porque le sirve de guía en las noticias que comunica a la compañía, y lo define en contra del peligro, y el temor de no cumplir nunca del todo su débito de una completa información'.

"El cuestionario tiene además una gran importancia jurídica, ya que fija el límite de los deberes recíprocos de los contratantes.

De la circunstancia de que es la compañía, quien lo redacta según las exigencias de su industria, se puede sacar la presunción de que ella sólo, considera

circunstancias especiales para la elección del riesgo aquellas sobre las que ha interrogado específicamente al asegurado, porque no se puede reconocer que diera igual importancia a las circunstancias calladas, y porque pondrá acecnancias a la buena fe del asegurado si pretendiera considerar esenciales las circunstancias sobre las que no llamó la atención ni reclamó sus respuestas. Es verdad que las compañías fieles al brovante adagio: UNUM FACERE ET ALTERUM NON OMITTERE (hacer lo uno sin omitir lo otro), cierran por lo común la larga serie de sus preguntas específicas sobre cada una de las enfermedades con la pregunta general de este tenor aproximadamente:

¿Tuvisteis otras enfermedades graves además de las específicamente preguntadas? Pero no es obvio que gracias a esta pregunta genérica, incapaz de despertar en la mente del asegurado recuerdos precisos, la compañía se remite a su apreciación, le deja a él el cuidado de decidir, según su criterio, si las otras indisposiciones que padeció fueron lo suficientemente graves como para que se las mencione? En esas preguntas, un descuido, o una apreciación equivocada son mucho más fáciles y posibles que en las respuestas específicas. Se puede presumir que el asegurado no atribuya a esas preguntas genéricas una importancia esencial y que la respuesta negativa no pueda tener, con lo tanto, sanción de

realidad, salvo el caso de fraude".

Pero más adelante el mismo autor justifica la declaración de salud del futuro asegurado al decir: "Si el asegurado estuviera obligado a denunciar todos los síntomas, todas las indisposiciones que desde hacía unos cuantos lustros le habían afectado casualmente, y que él probablemente ha olvidado, no estaría nunca seguro de haber estipulado un contrato válido..."(19)

De acuerdo a los anteriores conceptos expresados, vemos la gran importancia de las declaraciones hechas con veracidad de los solicitantes de un seguro de vida, más resulta difícil que éste profundice en sus enfermedades, ya que en muchas ocasiones no es tratar de burlarse de la aseguradora, sino que se presenta el desconocimiento de enfermedades, y sobre todo sus consecuencias, y en otro caso, enfermedades que se ignora su desarrollo dentro del organismo.

(19) VIVANTE CESAR "Contrato de Seguro, de la Fianza, del Depósito en los Almacenes Generales" Volumen II. Colección de Derecho Comercial de BOLAFFIO, ROCCO, VIVANTE, Traducido por SENTIS MELENDO. "EDIAR". Buenos Aires. P.F. 111, 112 y 113.

CAPITULO IV

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO

A) BASES DEL CONTRATO:

Para comenzar este apartado queremos mencionar que para la celebración de todo contrato de seguro es necesario que exista la buena fe tanto del solicitante como de la aseguradora. Tratándose del primero, podemos decir que está obligado a declarar por escrito: "Todos los hechos importantes para la celebración del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato" (Artículo 8. Ley Sobre el Contrato de Seguro.)

En lo tocante a la aseguradora debe realizar sus cuestionarios sin la intención de hacer incurrir en algún vicio al solicitante del seguro.

De lo anterior se desprende que el contrato de seguro debe tener como principio fundamental la buena fe entre las partes, ya que se trata del contrato típico de buena fe por excelencia, además las mismas deben proceder con lealtad, honestidad y con la convicción de que al celebrar determinado acto no se lesione ni engañe a nadie.

Los problemas que acarrearía para el asegurado serían la nulidad y la rescisión del contrato en el menor

de los casos. No se llega en casos extremos al delito de fraude: por lo que respecta a la aseguradora, resulta una gran responsabilidad, ya que al ser también, el contrato bilateral un documento de adhesión por parte del solicitante, este último confía en la empresa aseguradora un riesgo que en caso de presentarse la eventualidad de la muerte, aquella deberá cumplir su obligación de indemnizar a los beneficiarios la suma asegurada estipulada en la póliza, y en muy pocas ocasiones se presenta en estos contratos algún convenio especial, es por eso que la compañía de seguros debe facilitar al asegurado la suficiente información, orientación y asesoramiento, no sólo en el tipo de contrato, sino en todos los trámites, en la información que se soliciten, etcétera.

B) INDISPUTABILIDAD:

Queremos comentar que respecto a este tema, no se encontró definición alguna, así que creemos pertinente dar el nuestro, a modo de que sea más comprensible el tema que estamos tratando, a lo cual la definimos de la siguiente manera:

"Es la resistencia al pago de un deber establecido en un contrato de seguro por parte de la aseguradora, hasta comprobarse que hubo dolo o mala fe del asegurado al contratar".

La cláusula de indisputabilidad de la póliza de seguro de vida individual de la Compañía Seguros Monterrey, S. A. establece las bases de la siguiente manera:

"La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere esta cláusula, facultará a "La institución" para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los artículos 5, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Sin embargo, a partir del momento en que se cumplan dos años, contados desde la Fecha Inicial de Vigencia de esta póliza, o en su caso, desde la fecha en que hubiera sido renovada y siempre que tales plazos transcurran durante la vida del "Asegurado", este contrato no podrá ser rescindido por causa de las omisiones o inexactas declaraciones.

Cuando posteriormente a la "Fecha de Vigencia" o "Renovación", el "Asegurado" presentara cualquier tipo de prueba de asegurabilidad que requiera "La institución" para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, así como para aumentar la suma asegurada, tales incrementos de riesgo serán disputables durante los dos primeros años de su inclusión. Después

de transcurrido ese período, será indisputable en la misma forma que todo el resto de la póliza". (20)

Este es el tema central sobre el que versa nuestro trabajo, en el que debemos analizar los problemas que presentan las declaraciones del solicitante por lo que se refiere a la buena o mala fe con que se hacen éstas, más no debemos olvidar también la buena fe de la aseguradora en cuanto al contenido de sus cuestionarios. En lo referente a las consecuencias que se presentarían se analizarán en un capítulo posterior.

A esta cláusula Arturo Díaz Bravo presenta un análisis muy sencillo: "La frecuencia con la que los aseguradores de vida se enfrentan a omisiones o falsas declaraciones -involuntarias algunas, dolosas otras- daría derecho al primero para considerar rescindido de pleno derecho los contratos (Artículo 47 Ley sobre el Contrato de Seguro) de no ser por la inserción de la llamada cláusula de indisputabilidad, en cuyos términos el asegurador renuncia, cumplido el segundo o tercer año de vigencia del contrato, al referido derecho; de ese modo, sólo dentro del plazo de indisputabilidad puede el asegurador proceder a la rescisión del contrato por la causa indicada, la que posteriormente ya no podrá

(20) SEGUROS MONTERRE, S.A. Condiciones Generales. Póliza de Seguro de Vida Individual.

percibir en el derecho del asegurado o del beneficiario, en su caso".(21)

Es indispensable que para la existencia de un contrato de seguro, en este caso, de vida, tenga que haber un riesgo, el cual puede ser definido como: "La posibilidad de un suceso desfavorable".

Por lo que respecta al contrato de seguro debe reunir los siguientes elementos:

- El Riesgo, que es la eventualidad prevista en el seguro.
- La Prima, que es el precio del seguro a cargo del asegurado
- La Garantía, que es el valor del riesgo a cargo del asegurador.
- El Asegurador, que es quien soporta el riesgo.
- El Asegurado, que es sobre el que recae la cobertura del seguro.

Con estos datos manifestamos nuevamente que el negocio de una Compañía de Seguros es correr con los riesgos de otros a cambio del pago de una "prima".

Fero es bien es cierto, que la eventualidad se puede presentar en cualquier momento de vigencia del contrato o presentarse después de que terminó el mismo.

(21) DIAZ BRAVO ARTURO, "Contratos Mercantiles" Editorial Harla, Colección Textos Jurídicos Universitarios, México 1987. Segunda Edición. F.F. 153-154.

Como la obligación de la Aseguradora es cumplir con la indemnización en caso de muerte del asegurado o el pago de algún otro beneficio si se contrataron cláusulas adicionales.

La cláusula que nos ocupa lleva consigo los dos problemas que pueden inducir a cualquier interesado en esta materia a la confusión. es por ello que la consideramos el eje sobre el que giran todas las contenidas en las condiciones generales del contrato de seguro individual.

El segundo de ellos es. que el párrafo inicial y segundo de la referida cláusula nos habla de rescisión.

y el primer problema es el nombre que se les ha dado a los párrafos de la cláusula antes citada.

Al hacer esta fragmentación consideramos que de esta manera los problemas encontrados pueden ser tratados con mas profundidad. para así lograr mayor claridad en nuestras conclusiones del presente trabajo.

El título lo consideramos el primer problema. ya que la cláusula debe tambien dar origen a dos conceptos. que si bien es cierto estarían intimamente relacionados entre sí. no son lo mismo. es por ello que debería asignarse de acuerdo a nuestras consideraciones el título de "indisputabilidad" al último párrafo de esta condición y el de "rescisión de la póliza" a los dos primeros. 13

que el asegurado así estaría notificado del primer paso de la Institución al saber de sus irregularidades contenidas en la solicitud firmada por él.

Ahora bien, para apoyar nuestra teoría anterior, es necesario presentar los significados de las palabras "Disputabilidad" y "Rescisión".

En estos casos para el tema que ahora nos ocupa, los significados son extraídos de un diccionario de la Real Academia Española. La misma obra nos dice que se entiende por "Disputable" o disputar: Una resistencia; o la oposición de una fuerza a la acción de otra. y por "Rescisión" o acción de rescindir, su significado es: Deshacer. Así que los conceptos son distintos el uno del otro, para que se empleen como uno mismo.

Para que pudiera la aseguradora disputar la indemnización por fallecimiento, deberían concurrir las siguientes situaciones: Que el asegurado hubiera actuado con dolo o mala fe; segundo, que éste hubiera hecho alguna omisión al declarar, pero para esto, la compañía de seguros debería probar su dicho.

Pero cabe hacer los siguientes cuestionamientos:

¿Cómo se comprobaría que el asegurado omitió declarar algún hecho?

La Ley sobre el Contrato de Seguro nos habla de declarar todos los hechos importantes, pero acaso no se

trata de algo muy relativo, ya que para lo que a uno es importante, para el otro no lo es. Sobre todo tratándose de cuestiones relativas a la salud del asegurado, pues este puede no declarar alguna enfermedad por desconocer su sintomatología, o bien, que en caso de que la aseguradora practicase el examen médico correspondiente por su personal, al no encontrar algún inconveniente para no correr con ese riesgo autorizarían la emisión de la póliza.

Pero, qué es lo que sucede si el ya asegurado falleciera por alguna actividad o deporte ocasional; por alguna enfermedad generada posteriormente a la contratación y antes de los dos años de vigencia de la póliza, o por alguna causa distinta a una enfermedad no declarada.

La otra pregunta que nos hacemos es la siguiente: Hasta donde se considera la Buena Fe del Asegurado, y hasta donde la de la Aseguradora, si antes de recibir la prima por el riesgo toma todas las precauciones y en caso de ser responsable de la segunda acude a esta cláusula para evadir una obligación:

Cuales serían las pruebas con las que contarían los beneficiarios para exigir su derecho a la indemnización del seguro:

Los cuestionamientos pueden ser muy variados, pero

en caso de presentarse alguna controversia, sería el criterio de la autoridad respectiva la que decidiría tal situación.

Lo que sí es cierto, es que la prima y la suma asegurada no se comparan, ya que la segunda es mucho mayor a aquella, pero acaso, ¿no es esa la finalidad de los contratos de seguro?

Otra ventaja que tendría la Compañía de Seguros sobre el asegurado es que podría rescindir el contrato en cualquier momento, transgrediendo el término fijado para la indisputabilidad.

Transcribimos a continuación la tesis jurisprudencial que ha emitido la Suprema Corte de Justicia de la Nación en materia de indisputabilidad:

"SEGURO. CONTRATO DE LA CONDICION DE INDISPUTABILIDAD DE LA POLIZA SEÑALA UN TERMINO DE CADUCIDAD ; NO DE PRESCRIPCION"

"Si el plazo de indisputabilidad del contrato de seguro, se señala en la llamada cláusula de indisputabilidad, se abrevia el plazo de prescripción señalado en la Ley, en cuanto que señala dos años a partir de la fecha de vigencia del contrato y no del día en que la aseguradora haya tenido conocimiento de la omisión falsa o inexacta declaración del asegurado al descubrir el riesgo, lógicamente, jurídicamente se debe

concluir que, si dicho pacto estableciera un plazo de prescripción, sería nulo; y como las condiciones generales de la póliza de seguro deben interpretarse las unas con las otras, de manera que se haga posible su objeto, es preciso concluir que el mencionado pacto o condición de indisputabilidad de la póliza, señala un término de caducidad y no de prescripción".(22)

C) COMPROBACION DE EDAD:

"La institución podrá solicitar en cualquier momento la "comprobación" de la edad declarada por el asegurado".(23)

Es muy común que el agente de seguros al recabar los datos del solicitante de una póliza ante los mismos confiando en el futuro asegurado, ya que como sabemos se trata de un contrato de buena fe.

Pero tenemos que poner en una balanza los beneficios y los perjuicios que recaerían sobre el asegurado respecto de un producto que adquiere tal vez con muchos esfuerzos y para en caso necesario el

(22) TERCERA SALA. SEPTIMA EPOCA. VOLUMEN 71. CUARTA PARTE. PAG. 41.

(23) SEGUROS MONTERREY, S.A. "Condiciones Generales" Póliza de Seguro de Vida Individual.

beneficio en el papel, se haga efectivo para quien se destinó. Ahora bien como sabemos, una Compañía de Seguros tiene como negocio el riesgo y en caso de presentarse un siniestro como es sabido, cuenta con los medios económicos y el respaldo suficiente para responder a sus compromisos. mas en cambio el asegurado en la mayoría de las ocasiones adquiere una póliza de seguro sobre su persona cuando no cuenta con los medios suficientes para dejar lo elemental a su familia y continúe su vida como si él estuviera con ellos. es como lo llaman algunos agentes: "El lugar que ocupa un papel cuando el padre ya no está y sigue brindando calor, alimento, educación y otras cosas más".

Como es de notarse los beneficios son más, pero un sólo acto negativo es lo que inclinaría la balanza al lado contrario originando con ello la nulidad o la rescisión.

Dentro del mínimo apoyo que se encuentra en Doctrina encontramos la siguiente resolución del amparo 3577-1957, referente a la declaración de edad del asegurado:

"La Suprema Corte en el amparo en revisión 3577-4957 resolvió lo siguiente:

De acuerdo con el artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las declaraciones firmadas por el

asegurado con la base del contrato, así que si dicho asegurado no declara exactamente su edad, y ésta queda fuera del límite señalado en el plan mediante el cual se celebró el contrato de seguro, la compañía aseguradora, con apoyo en el artículo 160 de la citada ley, puede rescindir el contrato; máxime si mediante las actas del Registro Civil, se prueba que el asegurado había sobrepasado con mucho el límite fijado en el plan autorizado mediante el cual se asegura".

Con la anterior resolución presentada por la Suprema Corte no queda lugar a dudas que en ningún caso se apoya a una de las partes del contrato, ya que lo que se busca es impartir justicia.

En caso de presentarse la situación de inexactitud de la edad como lo manifiesta el artículo 160 de la Ley sobre el Contrato de Seguro la Compañía Aseguradora de oíra nada más la reserva matemática o el contrato.

Con esto, el asegurado no se ve perjudicado, ya que en un momento dado, aquélla se podría reservar el derecho de demandar los daños y perjuicios que le hubieran podido ocasionar.

La reserva matemática la define José de Jesús Martínez Gil de la siguiente manera: "Son exclusivas del ramo de vida y tienen como finalidad conseguir un

equilibrio entre primas y riesgos"(24)

José Cosío Rodríguez nos dice lo siguiente: "Es la diferencia entre el valor actual de los beneficios que ofrece la compañía de seguros y el valor actual de las primas futuras".(25)

D) SUICIDIO

"En caso de fallecimiento del "Asegurado" por suicidio ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia ininterrumpida del contrato, contados a partir de la "Fecha de Emisión" o de la última "Renovación", la obligación de "La Institución" se limitará a cubrir el importe de la Reserva Matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento".(26)

A esta cláusula el maestro Luis Ruiz Rueda comenta lo siguiente: "La cláusula menos defectuosa de las usuales en México -salvo por lo que atañe a la mención del suicidio- es la siguiente: "La Compañía renuncia a

(24) COSÍO RODRÍGUEZ JOSÉ "Introducción al Seguro de Vida" Editorial Inst. Mexicano Educat. de Seguros y Fianzas, A.C. Segunda Edición, 1984, F. 55.

(25) MARTÍNEZ GIL JOSÉ DE JESÚS. "Manual Teórico y Práctico de Seguros". Editorial Porrúa, México, 1964 F. 217.

(26) SEGUROS MONTERRE, S.A. Condiciones Generales, Fórmula de Seguro de Vida Individual.

todos los derechos que conforme a la Ley son renunciables para atacar de nulidad este contrato o para pedir su rescisión. En otros términos, esta póliza es indisputable desde la fecha de su emisión. En caso de suicidio del Asegurado y siempre que ocurra dentro de los dos primeros años de celebrado el contrato, la compañía reembolsará únicamente la reserva matemática correspondiente a esta póliza". (27)

El autor antes citado la señala como "menos defectuosa", pero también hay que ver la situación en que se encuentra la aseguradora, ya que dentro de los dos primeros años de vigencia ininterrumpida del contrato de seguro la empresa podrá disputar el pago del beneficio, más en cambio, una vez transcurrido el término anterior, si el asegurado así lo decidiera podrá suicidarse con la absoluta confianza de que la Institución pagará la suma asegurada estipulada en la póliza.

Ahora bien, este período se ha establecido porque antes de que se incluyera una cláusula de este tipo en un contrato de seguro sobre la vida, las personas decidían comprar un seguro sobre su persona por las siguientes razones:

Primera, que a su fallecimiento el importe del

(27) RUIZ RUEDA LUIS "El Contrato de Seguro". Editorial Porrúa, México 1978, P.57.

seguro serviría para liquidar las deudas que tuviera la persona y así su familia se librara de tan penosa situación por falta de recursos económicos.

Segundo, que con lo que restara, su familia podría subsistir económicamente.

No estamos de acuerdo en su totalidad con la cláusula anterior, ya que los motivos de suicidio en algunos casos, si no es que en la mayoría no son de carácter económico, sino derivados de otras causas, como sentimental, de salud y otros.

Ahora bien, a nuestro parecer debería de eliminarse "de la última rehabilitación", ya que en todo caso el término no se debería de recorrer, sino suspenderse.

E) CARENCIA DE RESTRICCIONES

"El presente contrato no estará sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, ocupación o viajes del "Asegurado", salvo las que se estipulen expresamente por escrito en este contrato o en las cláusulas que otorguen beneficios adicionales por incapacidad o accidente, en caso de que la póliza las contenga". (28)

Para esta cláusula, se precisa saber la

(28) SEGUROS MONTERREY S.A. "Condiciones Generales", Póliza de Seguro de Vida Individual.

procedencia de la palabra restricción y el diccionario nos dice que: "viene del latín restrictio, que significa: limitación o reducción". (29)

De acuerdo a lo anterior, podemos decir que si de alguna forma se presentara la restricción, sería por razones de ocupación, en este caso, la aseguradora deberá tomar en cuenta el riesgo que va a correr.

(29) Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado; Editorial Selecciones Del Reader's Digest; México, 1979. VOL. 1 P. 3233.

CAPITULO V

BASES JURIDICAS DE LAS CONDICIONES GENERALES
DEL CONTRATO DE SEGURO

A) ARTICULOS DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO:

Para que las partes contratantes sepan de sus derechos y obligaciones, es necesario que se establezcan las "bases jurídicas del contrato", que regirán durante la vigencia del mismo.

Es por ello, que transcribimos los siguientes artículos de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que a nuestro parecer son la columna vertebral del tema que nos ocupa:

ARTICULO 7: Las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de oferta suministrada por la empresa aseguradora, o bien remitirse al proponente para que esta las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa. El proponente no estará obligado por su oferta si la empresa no cumple con esta disposición. En todo caso, las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato, si la empresa le comunica su aceptación dentro de los plazos que fija el artículo 6 de la presente ley.

Respecto a este artículo, las Instituciones de Seguros incluyen las principales condiciones generales del contrato de seguro en la solicitud de la póliza de

vida, con el fin de que el futuro asegurado conozca sus derechos y deberes, ahora que el problema en ocasiones se presenta cuando éste olvida pedir una explicación satisfactoria de las cláusulas del contrato, a la vez que el agente también evita tocar el tema porque tal vez lo desconoce, y entonces es el momento en que ya éste ve prácticamente realizado su negocio y el solicitante satisfecho de haber formalizado la adquisición de un producto espera que le sean cumplidas en su totalidad las condiciones estipuladas en la póliza y prometidas por el agente.

ARTICULO 8: El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

ARTICULO 9: Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

ARTICULO 10: Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercer asegurado o de su intermediario.

ARTICULO 47: Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 4.º y 10 de la presente Ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

ARTICULO 53: Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiere conocido una agravación análoga.

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, ascendientes o cualquiera otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

ARTICULO 100: Cuando se comprueba que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

De los anteriores artículos es evidente percatarse de que el legislador hace una llamada de atención a los asegurados, para que conozcan de los perjuicios que pueden llegar a tener por omisiones, falsas o inexactas declaraciones, una vez que cumplan como debe ser al declarar en su solicitud, las autoridades en caso de que la aseguradora decida no cumplir con alguna obligación derivada del contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas aplicará todo el rigor de la ley para salvaguardar los derechos del asegurado.

B) CAUSAS DE RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO:

La rescisión de una póliza de seguro se puede presentar cuando durante la vigencia del contrato la compañía aseguradora prueba que se han presentado algunas circunstancias, tales como: alteración del riesgo, falta de pago de primas, omisiones, falsas o inexactas declaraciones, etc.

Ahora bien, no es necesario que declare la rescisión del seguro un juez, pues la Ley sobre el Contrato de Seguro presenta una situación excepcional en cuanto a los principios del derecho común, ya que dentro del derecho de seguros privados, la rescisión se rige de una manera muy especial, ya que operará ésta con la simple apreciación del problema, dejando en estado de indefensión al asegurado, porque como se dijo

anteriormente, la rescisión no se hace valer ante un juez, sino que basta la comunicación auténtica y por escrito de la aseguradora al asegurado de su decisión de continuar con la relación contractual, por lo que puede decirse que en sus orígenes, tal estipulación legal se asimila a una nulidad que aún conservan algunas legislaciones extranjeras que no han adoptado el sistema de la nuestra, que establece la rescisión del contrato en la forma que se ha dejado precisada.

Por lo que respecta a las causas de rescisión, podemos señalar a continuación, algunas de las que contempla nuestra ley en cuestión:

- 1.- Por omisión o inexacta declaración.
- 2.- Por agravación esencial del riesgo.
- 3.- Por hechos del asegurado.
- 4.- Por inexacta declaración de la edad

Dentro de este apartado, consideramos necesario tocar los temas que revisten los problemas más comunes de rescisión del Contrato de Seguros:

Complementamos los comentarios anteriores con la tesis jurisprudencial siguiente de la Suprema Corte de la Justicia de la Nación.

SEGURO, CONTRATO DE. RESCISIÓN POR PARTE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA.

"El Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, autoriza a la Compañía aseguradora a rescindir unilateralmente el contrato de seguro, en casos de omisión o de inexacta declaración del asegurado, pero dicha rescisión unilateral sólo opera y surte efectos si la compañía comunica en forma auténtica al asegurado la rescisión del contrato, dentro de los quince días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de la omisión o inexacta declaración, según lo dispone el Artículo 48 de la Ley en consulta, y de la interpretación sistemática y jurídica de dicho precepto, en relación con los Artículos 50 fracción IV y 56, fracción III del mismo ordenamiento, se desprende que si la aseguradora no da el aviso auténtico de la rescisión, se entiende renunciado tácitamente el derecho que la Ley le concede para rescindir el contrato por esas causas, dado que la Ley señala término para ejercitar ese derecho cuya eficacia queda sujeta a la condición de que se comunique en forma auténtica al asegurado, y la misma Ley permite la posibilidad de renunciar, expresa o tácitamente al derecho de rescisión". (30)

(30) AMPARO DIRECTO 4912/72 LA NACIONAL, COMPAÑIA DE SEGUROS.S.A., 6 DE NOVIEMBRE DE 1974, FONENTE ERNESTO SOLIS LOPEZ, TERCERA SALA, SEPTIMA EPOCA, VOL.71.PAG.43.

1.- DOLO O MALA FE DEL ASEGURADO:

En este inciso, el Art. 77 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, nos señala que: "En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes".

Sobre el anterior artículo FICARD v BENSSON, en su obra "LES ASSURANCES TERRESTRES EN DROIT FRANCAIS", nos comentan que: "El asegurador no garantiza los siniestros provocados intencionalmente por el asegurado o por el beneficiario ..., de la misma manera que quedan fuera de la garantía, las actividades peligrosas que hacen que los accidentes sean probables, si no es que ciertos". (31)

El dolo, o sea el elemento intencional en la comisión del delito, desvirtúa la base del contrato del seguro, que es la buena fe.

Para que se configure el evento doloso dentro de este tema, deben presentarse los siguientes requisitos:

- a.- El dolo o mala fe;
- b.- De parte del interesado;
- c.- Haya causado el evento.

Respecto del dolo o mala fe, consideramos que no sólo son por parte del asegurado, sino también se puede

(31) FICARD y BENSON "Les Assurances Terrestres en Droit Francais, Francia, F. 577.

presentar por parte de la empresa, ya que ésta pueda contratar con un asegurado una vez que se realizó el siniestro, como lo transcribimos en la siguiente tesis que ha emitido la Suprema Corte de Justicia de la Nación:

SEGUROS. EL ARTICULO 45 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO COMPRENDE, EN CUANTO A LA NULIDAD QUE CONSIGNA, TANTO AL SEGURO DE COSAS COMO AL DE VIDA.

Independientemente de que conforme al bien conocido principio de interpretación de las leyes, de que donde estas no distinguen no se debe distinguir, y que es precisamente el caso del artículo 45 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, ya que los términos genéricos en que está redactado no conducen a establecer distinción alguna, lo cierto es que atendiendo a la teoría general del acto jurídico, y que por cierto recoge el respecto el artículo 1744 del Código Civil Federal aplicable supletoriamente a la legislación mercantil, según el artículo 200. del Código de Comercio, son elementos esenciales del contrato, que, como se sabe, no es sino una especie del acto jurídico: el consentimiento y el objeto. Es objeto esencial del contrato específico de seguro -ello es notorio y por consecuencia no cabe discusión ni duda sobre el particular, dada la calidad de aleatorio de dicho contrato- que el seguro recaiga sobre el riesgo incierto, pues de otro modo no se concebirá su

existencia, como tampoco se concebirá por ejemplo, la de un contrato de compraventa cuyo objeto no fuera transmitir el dominio por la sencilla razón de que en tales supuestos se estaría en presencia de hechos jurídicamente imposibles, ya que entonces el contrato de seguros del mismo modo que el caso del ejemplo puesto con relación al de compraventa sería de conformidad con el artículo 1828 del citado código supletorio, contrario a una norma jurídica que debe regirlo necesariamente y que constituye un obstáculo insuperable para su realización. En las cosas, claramente se explica que el mencionado artículo 45 de la Ley sobre el Contrato de Seguro establezca que éste será nulo si en el momento de su celebración el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado, pues es también evidente que, por las razones antes dadas, si tales riesgos o posibilidad del siniestro no existen, no hay ni puede haber contrato de seguro. Por eso es también que el propio precepto admite la posibilidad de que se pueda celebrar el contrato aunque el riesgo hubiere desaparecido, el siniestro se hubiere realizado, si los mismos fueron ignorados por las partes contratantes para cuyos eventos el citado precepto establece que los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por convenio a pesar de aquéllas, pero cuidando de ser

que en los casos de retroactividad a que el mismo se refiere, la empresa aseguradora que conoció la desapercepción del riesgo, no tendrá derecho a las primas ni al reembolso de sus gastos, y si es la otra parte quien conoce la circunstancia contraria, o sea que el siniestro ya se realizó perderá el derecho a la restitución de las primas y estará obligado al pago de los gastos, supuestos que evidentemente se realizarían, por ejemplo, en el caso del barco que habiendo salido de puerto llevara a bordo efectos de comercio a otro puerto y que durante su travesía el dueño de la mercancía quisiera asegurarla tomando un seguro con efectos retroactivos desde el día de la salida del barco del puerto de partida, hasta el día en que llegue a su destino, y caso en el cual son bien claras las dos hipótesis previstas en el artículo 45, o sean: Primera, que cuando el dueño de la mercancía tomó el seguro, ya estaba que el barco se había hundido o que la mercancía había sufrido cierta avería, caso en el cual el contrato sería nulo porque el siniestro ya se había realizado; y Segunda, que la empresa aseguradora al celebrar el contrato, hubiera sabido que el barco había llegado felizmente al lugar de su destino, simulando, sin embargo, el desconocimiento de tal hecho, y caso en el que el contrato también sería nulo, porque en el momento

de su celebración el riesgo ya había desaparecido. Pero estas hipótesis que indudablemente son bien claras en cuanto al seguro de cosas, también indudablemente que no lo son, pues jamás podrían presentarse en ellos, en tratándose de seguros sobre la vida de las personas. En efecto, ya se dijo que es elemento esencial del contrato de seguro que el riesgo sea incierto pues también ya se dijo que siendo el contrato de seguro de naturaleza aleatoria, jamás puede concebirse sino en función de la incertidumbre de tal riesgo. Es así que cuando se toma un seguro antedatado y por ello con efectos retroactivos, indiscutiblemente que la incertidumbre del riesgo ya corrió entre la fecha de celebración del contrato y aquella que sirve de base para antedatar el contrato, no puede en manera alguna decirse que haya existido esa incertidumbre, sino antes bien, existe la certeza plena de que ese lazo el asegurado ya vivió y por tanto la aseguradora ningún riesgo pudo correr al respecto, y si ello es así, es también que faltando dicho elemento esencial, el contrato es, para hablar dentro del logicismo de la teoría tripartita de la invalidez, un acto inexistente, puesto que le falta un elemento de existencia o de esencia, pero que para el caso es absolutamente igual que la Ley sobre el Contrato de Seguro lo considere expresamente de nulidad en su

multitudinario artículo 45. ya que esta Suprema Corte ha sostenido que nuestra legislación civil, supletoria, como ya se dijo, de la de comercio, no tiene, en cuanto a la base que pretende dar para establecer la distinción entre la inexistencia y la nulidad, sino meros efectos teóricos, ya que el tratamiento que en dicho ordenamiento reciben las inexistencias, es el de las nulidades. Pero no sólo por lo acabado de considerar, sino además, y fundamentalmente porque las definiciones legales de los actos jurídicos no están a la disposición arbitraria de las partes, sino que pertenecen al orden público de la Nación, dado que como lo ha reconocido este alto tribunal, el nombre no hace al contrato, sino que la esencia de éste está más allá de la autonomía individual y depende de la naturaleza de las cosas; por todo ello hay que concluir que si dentro del más riguroso logicismo de la teoría tripartita francesa de la nulidad, la falta de un elemento esencial del acto produce la inexistencia del mismo, dentro del sistema tradicional mexicano esa misma falta produce su nulidad absoluta ya que entraña la violación manifiesta de una norma de orden público, como es la que determina o define la esencia de los contratos y de los actos jurídicos en general, y que en el caso del contrato de seguro, sea de personas o de cosas, no puede ser otra sino la relativa a

que para que tal contrato exista, dada su naturaleza aleatoria forzosamente debe existir la incertidumbre del riesgo". (32)

C) POR OMISION O INEXACTA DECLARACION DEL ASEGURADO:

Este es el tema que en nuestro trabajo más se ha tratado, ya que como se recordará, pueden presentarse tanto en el Cuestionario General como en el Cuestionario Médico en los que al responder las preguntas de edad y ocupación se pueden realizar con falsedad o con inexactitud, por algún interés especial. Ahora bien, en el Cuestionario Médico las declaraciones, el asegurado las puede realizar con toda la buena fe que requiere el acto jurídico o con alguna actitud dolosa, pero como lo hemos dejado asentado en páginas anteriores, el pago por este riesgo es alto, ya que las aseguradoras aceptan correr con todos los riesgos, siempre y cuando se pague la prima correspondiente por ellos; como lo señalan las siguientes tesis jurisprudenciales de la Suprema Corte de Justicia de la Nación:

(32) AMPARO DIRECTO 7330/56 MONTERREY, COMPANIA DE SEGUROS SOBRE LA VIDA, S.A. 12 DE MAYO DE 1958, MAYORIA DE TRES VOTOS. PONENTE: GABRIEL GARCIA ROJAS. DISIDENTES: MARIANO RAMIREZ VAZQUEZ Y ALFONSO GUZMAN NEYRA.

SEGUROS. DECLARACIONES DEL ASEGURADO ANTE LAS COMPANIAS DE.

"Si las pruebas aportadas al juicio demuestran plenamente que el asegurado estuvo bajo tratamiento médico cuando menos seis meses antes de que presentara su solicitud de seguro de vida ante la compañía demandada, al no hacer del conocimiento del médico de esa institución que le practicó el examen previo al otorgamiento del seguro tales hechos, sino que contestó negativamente cuando se le preguntó si había consultado a algún médico durante los últimos cinco años, no obstante que el formato de solicitud tiene la leyenda: "Muy importante para el solicitante (debe leerse antes de firmar). Se advierte al solicitante conforme al artículo 50. de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo. La omisión de las declaraciones o la inexactitud o falsedad de estos respecto de los hechos que se presentan, podrían originar la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en tales declaraciones", es claro que la compañía aseguradora quedó eximida de la obligación contratada, pues hubo infracción por parte del solicitante a lo

dispuesto por los artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro". (33)

Como se dijo en un principio y lo sostiene la anterior tesis de la Corte Suprema de la Nación, la Ley visa a proteger preferentemente al asegurado en cuanto a sus derechos derivados del contrato de seguro, siempre y cuando éste haya actuado de buena fe al declarar en los cuestionarios, pero en caso contrario tiene que pagar el precio del dolo con el que actuó. Es por ello, que resulta indispensable hacerle saber al solicitante y futuro asegurado de todos los beneficios que tiene al adquirir una póliza de seguro de vida, a la vez de los perjuicios que tendría si actúa con dolo o mala fe.

SEGUROS, DECLARACIONES DEL ASEGURADO ANTE LAS COMPANIAS DE OCUPACION.

"La ocupación de las personas es fundamental para la apreciación del riesgo en los seguros de personas, en especial el de vida, toda vez que esa actitud permitirá a la aseguradora darse cuenta plenamente del riesgo que está asegurando, puesto que no es lo mismo asegurar a un profesionista, por ejemplo, abogado, arquitecto, que a un aviador o a un traficante de estupefacientes, pues para

(33) AMPARO DIRECTO 8453/81 FRIEDA BORGHARTT CISNEROS VIUDA DE STEIER. 5 DE OCTUBRE DE 1983. 5 VOTOS. FOMENTE: J. RAMON PALACIOS VARGAS. PAG. 147, VOL. 175-180, SEPTIMA EPOCA.

Cada caso debe examinarse el grado de exposición al riesgo que tenga cada presunto asegurado y la mayor o menor posibilidad del peligro al que está sujeto el asegurado, lo que servirá para variar las condiciones del seguro, en particular lo relativo a la prima, que obviamente será mayor que para aquellos casos en que haya mayor exposición al riesgo: por ello, el presunto asegurado en la solicitud que formule debe declarar exactamente la ocupación a que se dedica, a fin de que la aseguradora adreie debidamente el riesgo que acepta, y de no ser así, procede la rescisión unilateral de los contratos de seguros". (34)

El asegurado tiene como obligaciones primordiales las de declarar con veracidad todo lo que se le pregunte y una vez aceptada su solicitud y emitida la póliza pagar la prima correspondiente, es por ello, que al declarar su ocupación es necesario que lo haga consciente de que es en beneficio de los que van a recibir los derechos emanados de la póliza de seguro, así que por muy peligrosa que sea la ocupación del asegurado estará convencido que la compañía aseguradora con gusto correrá el riesgo adicional por la actividad del asegurado, pero claro

(34) AMPARO DIRECTO 8453/81 FRIEDA BORGHARTT CISNEROS VIUDA DE STEZER, 5 VOTOS, 5 DE OCTUBRE DE 1983. PONENTE: J. RAMON FALACIOS VARGAS, PAG. 200, VOL. 175-180, SEPTIMA EPOCA.

está, cobrando al mismo por esa ocupación especial, ya que en algunas ocasiones necesitan para su trabajo usar equipos especiales y en otros portar armas.

SEGUROS. DECLARACIONES DEL ASEGURADO ANTE LAS COMPANIAS DE.

"Como el riesgo constituye el elemento esencial, en razón del cual la aseguradora se obliga, es claro que una exacta apreciación del mismo es su interés primordial. De ahí que el asegurado tenga a su vez obligación de declarar con rigurosa actitud y veracidad sobre lo que se le pregunta y la inobservancia de tal obligación está severamente sancionada, al grado tal, que el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, previene que cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos, comprendidos en el cuestionario, resultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Una justa interpretación de este precepto, impone entender que tiende a proteger tanto al asegurador como a los asegurados: al primero, para ponerlo a salvo de la dificultad de conocer numerosos datos singularmente importantes para definir su situación del riesgo y sus condiciones, y a los segundos, para evitarles fáciles desconocimientos de los compromisos contraídos, de manera que así, respecto a

estos últimos, la sanción que cabe cuando el jugador encuentre una negligencia inexcusable o una ignorancia de mala fe, en las omisiones y declaraciones inexactas, atenta la condición de la persona de que se trate y seguramente así lo entiende la misma ley, puesto que en su artículo 5º establece que, a pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos la empresa aseguradora, no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos: I. Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración. II. Si la empresa conocía o debía conocer el hecho de que no le ha sido declarado. III. Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado. IV. Si la empresa reconoció el derecho de rescisión del contrato por esa causa y. V. Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y, sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras declaraciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado, y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos". (35)

(35) AMPARO DIRECTO 5121/58 LA INTERAMERICANA, S.A. 16 DE OCTUBRE DE 1959. UNANIMIDAD DE CUATRO VOTOS. PONENTE: MARIANO RAMIREZ VAZQUEZ. PAG. 152. VOLUMEN CXII. EPOCA SEXTA.

Cabe hacer el siguiente comentario respecto a este caso: Si se le está al asegurado presentando unos cuestionarios respecto a situaciones generales y de salud, por razones obvias, no es posible que en los mismos se pueda saber todo de el solicitante, a la vez que el asegurado pueda saber con exactitud de todas sus enfermedades en el transcurso de su vida, ya que algunas las recordará, pero su nombre científico posiblemente lo desconozca, es por ello que resulta fuera de toda razón jurídica el que se le rescindiera el contrato de seguro por tal situación, si la misma ley establece que no podrá rescindir si ésta provocó la omisión o inexacta declaración y es que si ponemos en una balanza los beneficios y perjuicios de las partes, primero a la aseguradora se le tendría que obligar a presentar cuestionarios en sus solicitudes más amplios, lo que probablemente llevaría consigo pérdida de muchos negocios por lo extenso y, segundo, para el asegurado resultaría un total estado de indefensión que en cualquier momento una vez emitida la póliza de seguro sobre su persona, se le comunicará la rescisión sin antes haberlo realizado conforme a la comunicación por parte de la autoridad competente.

Ahora bien, una vez que haya fallecido el asegurado, cómo se comprobaría el dolo o la mala fe en

ultimo caso, se estaría a lo dispuesto por las leyes o por una pretensión dolosa por parte de la aseguradora ante un órgano administrativo competente para ver perdidos los beneficiarios sus derechos.

SEGUROS. RESCISION UNILATERAL Y AGRAVACION ESENCIAL DEL RIESGO.

"La rescisión unilateral por parte de la aseguradora debe ser motivada por omisiones o inexactas declaraciones del asegurado para la apreciación del riesgo, al momento de la celebración del contrato, según se desprende de los artículos 8 al 10 y 47 al 51 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. La agravación esencial del riesgo supone hechos posteriores, durante el curso del seguro, que hayan producido un nuevo estado de cosas distinto al que existía al celebrar el contrato según los artículos 51 al 55 del ordenamiento citado". (36)

Para que la aseguradora rescinda el contrato de seguro, este tuvo que haber tenido un inicio de vigencia, al que antes fue necesario haber presentado la solicitud para que dependiendo de sus declaraciones se le practicara o no un examen médico, continuar con los

límites de emisión. luego entonces, después de haberse celebrado el contrato de seguro, sería factible reanalizarse la solicitud o posiblemente se estudien de nuevo cuando se presenta el problema y entonces la aseguradora pretenda evadir su responsabilidad. solo así para nosotros se fundaría la omisión, falsa o inepta declaración para rescindir el contrato, ya que si la anterior tesis nos dice que se procederá a la rescisión al momento de la celebración del contrato, no sería jurídicamente posible después de este momento, además de que se trata con mucho rigor el tema de declaraciones del asegurado y por consiguiente diferimos con lo que ha expresado la Suprema Corte, ya que incluye mucho la presión que ejerza el agente de seguros por lograr su objetivo de venta y hasta lleque a aconsejar al cliente para ocultar o disimular la información pensando hacerle un bien, por consiguiente, debe tomarse en cuenta que el conocedor de este tema es el propio agente y que tiene la culpa en primer lugar, ahora que en el caso de que haya advertido a aquel de los problemas, se ignoraría de la responsabilidad, y entonces, recaería exclusivamente la culpa sobre el asegurado.

En lo tocante a las declaraciones del cuestionario médico, el asegurado las puede realizar desconociendo algún padecimiento, siempre y cuando no las haya hecho

con mala fe. en este caso consideramos relativo el tema "DECLARACIONES IMPORTANTES" ya que sería imposible encontrar una persona que este totalmente sana y si tomamos en cuenta los síntomas patológicos que se presentarían después de la contratación resultaría imposible la misma.

Por todo ello concluimos. que si bien es cierto que el asegurado debe declarar todos los hechos importantes y tales respuestas deben ser de buena fe. entonces la autoridad competente en caso de controversia entre las partes contratantes tiene que tomar las precauciones necesarias y recibir todas las pruebas posibles para emitir una resolución justa. ya que la rescisión unilateral por parte de la empresa de seguros está totalmente a su favor aprovechándose del asegurado.

SEGURO. CONTRATO DE. RESCISION POR PARTE DE LA COMPANIA ASEGURADORA.

"El artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro autoriza a la compañía aseguradora a rescindir unilateralmente el contrato de seguro. en casos de omisión o de incorrecta declaración del asegurado; pero dicha rescisión unilateral sólo opera y surte efectos si la compañía comunica en forma auténtica al asegurado la rescisión del contrato. dentro de los quince días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de

la omisión o inexacta declaración, según lo dispone el artículo 46 de la Ley en consulta, y de la interpretación sistemática y jurídica de dicho precepto, en relación con los artículos 50 fracción IV y 58 fracción III, del mismo ordenamiento, se desprende que si la aseguradora no da el aviso auténtico de la rescisión, se entiende renunciado tácitamente el derecho que la ley le concede para rescindir el contrato por esas causas, dado que la ley señala término para ejercitar ese derecho, cuya eficacia queda sujeta a la condición de que se comunique en forma auténtica al asegurado, y la misma ley permite la posibilidad de renunciar, expresa o tácitamente al derecho de rescisión". (37)

Así como la anterior jurisprudencia no es una ventaja para las aseguradoras, al darles la oportunidad de rescindir un contrato de seguro dentro de los quince días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de las omisiones o inexactas declaraciones, ya que la rescisión puede hacerse valer en cualquier momento de vigencia del contrato de seguro y hacer perder esa que acaba de conocer tal situación.

(37) ANUARIO DIRECTO 4513.72 LA NACIONAL. COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A. 6 DE NOVIEMBRE DE 1974. UNANIMIDAD DE 4 VOTOS FONENTE: ERNESTO SOLÍS LOPEZ. F. 43 VOL. 71 EPOCA SEPTIMA.

CAPITULO VI

PROBLEMATICA FUNDAMENTAL DE LA CLAUSULA DE
INDISPUTABILIDAD

A) LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD DEBE CONTENER
ELEMENTOS DE RESISTENCIA.

La disputa o resistencia a la obligación derivada de un contrato de seguro, siempre va a presentarse cuando la empresa aseguradora presume que el asegurado contrató su póliza de seguro con algún vicio que invalide el acto jurídico, pero esto aunque para nosotros debe demostrarse ante una autoridad como lo es la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, no resulta así, sino que la aseguradora procede inmediatamente a rescindir el contrato, sin presentar la disputa al contrato por tal hecho, este punto se tocará mas adelante.

Lo que ahora debe tratarse es la resistencia al pago, es por ello que ya en capítulo anterior manejábamos la idea de que se reformara la cláusula de indisputabilidad para que sólo se tocara la disputa por omisiones, falsas o inexactas declaraciones y que se incluyera el paso a seguir por tales vicios como es la rescisión del contrato de seguro.

Ahora bien, al hablar de resistencia o de indisputabilidad, estamos en la situación de que sólo se da ésta dentro de los dos primeros años ininterrumpidos de

vigencias del contrato de seguro, posterior a este término, caduca el derecho de la aseguradora y estará obligada a cumplir con sus compromisos contenidos en la póliza de seguro. Es por ello que el plazo posterior a los primeros veinticuatro meses de vigencia del contrato no es de mucho interés, más, sí el anterior, ya que es donde encontramos nosotros la verdadera problemática, y además encontrar una solución conforme a derecho y no en favor de alguna de las partes contratantes, ya que siempre existe algo de ventaja para la aseguradora al ser éste su negocio y no para la otra que resulta ser ocasional un problema de estos, a la vez que aquella procede directamente a rescindir el contrato, sin que intervenga alguna autoridad oficial, pero además, hay que dejar bien claro que si el asegurado dio origen a ello, entonces que pague las consecuencias, ya que se trata del contrato de buena fe por excelencia y sobre todo, la aseguradora puede perder mucho más que lo que recibe como prima por el riesgo que corre.

Es necesario comentar también que el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece que la rescisión del contrato se da aunque tales omisiones, falzas o inexactas declaraciones no hayan influido en la realización del siniestro, para nosotros hay una redacción mala de este artículo, pensando en el aspecto

gramatical del mismo. Ahora que si se hizo con intención, es por demás que se modifique, ya que en capítulo anterior señalamos que la muerte se puede dar a consecuencia de algún accidente, que no por eso la institución de seguros dejará de indemnizar a los beneficiarios. es por ello que la gente en países como el nuestro donde no se encuentran bien enteradas de los beneficios que les otorga un seguro de cualquier ramo y por alguna experiencia personal o de otras personas que se los comentan, piensan que se trata de algo que les perjudicará y sobre todo que la inversión que hagan por ese seguro estará mal hecha, pues dicen, que las instituciones de seguros no cumplen con lo que prometen en el contrato, entonces es cuando el agente tiene que luchar por convencer al futuro asegurado manifestándole que existe un órgano dependiente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público que estará dispuesto a escucharlo en cualquier momento en que se presente alguna controversia con la aseguradora, pero que debe llenar su solicitud de póliza de seguro con toda la buena fe que requiere el acto.

Cuando la aseguradora hace valer este derecho de disputabilidad, es porque debe tener los elementos suficientes para resistirse al pago, pero puede suponerse que no sea así, sino que esté tratando de incumplir por

alguna razón, y es que cuando se presenta esta situación, normalmente ya ha muerto el asegurado y por tanto, los beneficiarios se encuentran con problemas, ya que la aseguradora al tener las declaraciones de la solicitud pueden manifestar que hubo omisiones, falsas o inexactas declaraciones. en tal caso, hay que demostrarle a la autoridad competente lo contrario y para ello saber de antemano los beneficiarios que pueden recibir sus beneficios si los hacen valer conforme a derecho.

Cabe señalar que la cláusula de indisputabilidad debe ser lo más clara posible, ya que el asegurado en la mayoría de los casos desconoce los tecnicismos del contrato de seguro y sobre todo, no le queda al mismo alternativa de que las cláusulas de las condiciones generales sean modificadas, por la razón de que se trata de un contrato de adhesión y por eso tiene que sujetarse a lo establecido en las mismas, para nosotros como para cualquier persona es lógico, ya que cada persona que desee adquirir un seguro de vida pediría que el contrato estuviera realizado en otras condiciones, esto sería imposible, ya que son muchas las personas que a diario adquieren una póliza de éstas y el proceso que se sigue es muy complicado para que las condiciones se estuvieran realizando para cada persona en particular.

Resulta también necesario comentar que todos los

contratos de seguro llevan un proceso de autorización en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y que al ser aprobados estos es con la absoluta confianza de que no se trata de un documento con ventajas para la aseguradora y que estos como comentábamos anteriormente al ser aprobados se les asigna un número de clave que queda registrado en el organismo también ya mencionado. Para así evitar abusos por parte de las instituciones de seguros al realizar contratos con cláusulas perjudiciales para el asegurado.

Encontramos una póliza de seguro de vida de la Compañía Seguros Monterrey de 1971. en donde la cláusula de indisputabilidad estaba contenida con los elementos propios de disputabilidad, aunque se toca la rescisión, no se habla de que esta se llevará a cabo por causas de muerte distintas a las declaraciones del asegurado. Queremos hacer la transcripción para que se vea cómo se había redactado la cláusula, pero suponemos que tal vez la misma se hizo de esta forma, porque eran otros tiempos y otra la forma de ver las cosas, así que se ha tenido que actualizar para ir acorde con la situación del país.

ESTA PÓLIZA NO SERÁ DISPUTABLE DESPUÉS DE DOS AÑOS DE SU EMISIÓN O DE SU REHABILITACIÓN, SALVO SI EL SIEMBRO OCURRA DENTRO DEL MISMO PLAZO O CUANDO POR

ERROR U OMISION EL "ASEGURADO" HUBIERE MANIFESTADO EDAD DISTINTA DE LA VERDADERA Y ESTA ULTIMA ESTUVIERA FUERA DE LOS LIMITES DE ADMISION QUE TIENE FIJADOS "LA COMPANIA". CASO EN EL QUE, DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 120 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, SE RESCINDIRA EL CONTRATO Y SE DEVOLVERA UNICAMENTE LA RESERVA MATEMATICA DE LA FOLIZA. EN LOS CASOS EN QUE EXISTIERA DIFERENCIA DE EDAD PERO DENTRO DE LOS LIMITES AUTORIZADOS, SE PROCEDERA CONFORME LO PREVISTO EN LA CLAUSULA CORRESPONDIENTE DE ESTA FOLIZA". (38)

Sabemos que el contrato no es perfecto, pero puede estar integrado con cláusulas que mejoren las relaciones entre asegurado y aseguradora. Tal es el caso que en la actualidad se venden pólizas de seguro de vida en todas las compañías que lleven una capitalización, es decir, que las primas que paga el asegurado por los años que goza de la protección del seguro no se quedan sin ningún beneficio para él y sí para la empresa de seguros, es por ello que a la vez que compra un seguro de vida lleva un doble beneficio, al adquirir un plan de protección para su familia que funciona a su fallecimiento, pero si esto no sucede, disfrute de un capital, por ejemplo para su

(38) MONTERREY, COMPANIA DE SEGUROS, S.A. Condiciones Generales, 1971.

ejec. ya que aunque el asegurado retire parte del capital, sabe que su póliza no correrá el riesgo de cancelarse por falta de pago.

Esta es la razón por la que la compañía tiene que estipular cláusulas como la de indisputabilidad con cierto rigor, ya que sabe que lo que desembolsa es mayor al del asegurado, pero que en caso de que éste haya actuado con dolo o mala fe al declarar en su solicitud, la empresa de seguros tiene una ganancia total y por tanto, devolverá únicamente parte de los beneficios del contrato, sin llegar a ser igual a la indemnización cuando no hay lugar a dudas, y esto debe ser de esta manera, porque cada vez las pólizas de seguro revisten una mayor suma asegurada por fallecimiento y por consiguiente el compromiso de la aseguradora también es mayor, ya que al fallecer el asegurado ésta tiene que desembolsar una cantidad superior a la prima que el asegurado pagó por su póliza.

Dentro de esta cláusula encontramos que a pesar de que tiene su origen en los Estados Unidos de Norteamérica en el siglo pasado, ha venido a fortalecer más la integridad de las aseguradoras y a brindar beneficios a los asegurados, pero todavía falta tal vez no agregar nada, pero sí darle una reestructuración para que así se equilibre la balanza de la justicia entre las partes

contratantes.

**B) LA RESCISIÓN DEL CONTRATO COMO PARTE DE LAS
CONDICIONES GENERALES:**

Como sabemos que el tema de la rescisión no puede tener vida por sí mismo, sino que para que nazca el mismo deben darse los elementos de dolo o mala fe y que éstos a su vez deben estar integrados por omisiones, falsas o inexactas declaraciones del asegurado, tenemos la idea firme de que debe crearse esta cláusula que especifique la rescisión del contrato por los elementos anteriores y todo esto por la situación de que consideramos que no se le debe al asegurado dar la oportunidad de que falte a un elemento de validez tan importante como es el consentimiento y que por lo tanto este debe carecer totalmente de vicios que perjudiquen a la compañía de seguros, con el fin de obtener un beneficio en un corto tiempo para su familia y que sabe que de ninguna otra manera le podría hacer frente si es que éste padece alguna enfermedad incurable o un riesgo de trabajo en el que pueda vivir menos de dos años, es por ello que la aseguradora incluye en sus condiciones generales de la póliza de seguro de vida la cláusula de indisputabilidad, en la que renuncia a sus derechos después de dos años de vigencia del contrato mismo, entonces invita al asegurado a que declare de buena fe y en caso de no haberlo ya

institución de seguros proceda a rescindir el contrato, consciente de que no faltaría a ningún compromiso derivado del contrato y que perjudique al asegurado. Y como resulta difícil que una compañía de seguros esté constantemente revisando las solicitudes de los asegurados, los previene desde un principio para evitar esta situación tan penosa como es la rescisión. Por eso es que queremos ahora presentar un modelo de cláusula que se pudiera incluir en el contrato de seguro:

"LA INSTITUCION PODRA RESCINDIR EL CONTRATO DE SEGURO EN CUALQUIER MOMENTO DENTRO DE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIGENCIA DEL MISMO. SI SE COMPROBARE QUE HUBO OMISIONES, FALSAS O INEXACTAS DECLARACIONES POR PARTE DEL ASEGURADO AL MOMENTO DE FIRMAR LA SOLICITUD RESPECTIVA.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO HAYA FALLECIDO, LA RESCISION SE HARA VALEF ANTE LA COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS. PARA QUE ESTA PROCEDA A COMUNICARLES LA DECISION TOMADA POR LA INSTITUCION A LOS BENEFICIARIOS Y TOMEN CONOCIMIENTO DE TAL HECHO".

Como se verá en esta cláusula la rescisión del contrato de seguro cuando todavía vive el asegurado no sufre modificación alguna, ya que este en todo caso podrá pedir a la institución que le fundamente tal situación, lo que si queremos es que si el asegurado ya falleció, ésta se le comunique a los beneficiarios no por parte de

la aseguradora, sino por medio de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para que se cumpla la notificación por parte de este órgano administrativo, ya que la Ley sobre el Contrato de Seguros no establece que ésta se haga directamente por parte de la institución de seguros y por lo tanto tal notificación carecería de formalidad legal.

C) REFORMA AL ARTICULO 47 DE LA LEY
SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

Para que nuestro trabajo lleve consigo un análisis profundo de la cláusula de indisputabilidad, consideramos necesario que el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro sea reformado, por la razón de que si hemos considerado que la cláusula de indisputabilidad también sea modificada en el contrato de seguro, ésta tenga su origen desde la misma Ley, ya que es en donde se encuentra la base del mismo, es por ello que sería de un gran beneficio, que se asienten a nuestro parecer unas cuantas bases de aplicabilidad.

El artículo anterior nos muestra lo siguiente:

ARTICULO 47.- 'CUALQUIERA OMISION O INEXACTA DECLARACION DE LOS HECHOS A QUE SE REFIEREN LOS ARTICULOS 30., 35., Y 40 DE LA PRESENTE LEI, FACULTARA A LA EMPRESA ASEGURADORA PARA CONSIDERAR RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO, AUNQUE NO HAYAN INFLUIDO EN LA REALIZACION DEL BIENESTAR'.

Como lo hemos venido comentando en el transcurso de esta tesis, las causas de discutabilidad sólo nos están siendo mencionadas, pero la misma cláusula nos da el efecto inmediato a lo que sería el dolo o mala fe con el que actúa el asegurado, es por ello que lo que buscamos no es otra cosa más que subsista la misma, ya que es una parte del contrato que beneficia al asegurado después de dos años, pero antes lo perjudica enormemente, así que, es indispensable que la misma discutabilidad a la que se refiere el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, sea eso, resistencia, más nunca rescisión. Por las razones que ya comentábamos anteriormente que, se trata de que le muestren al asegurado sus errores y que posteriormente se proceda a actuar en su contra por tal situación, aunque parezca que nuestro trabajo viene resultando lo mismo, en nuestro concepto con la división de la misma acusaría tanto al asegurado como a la institución de seguros a poner en un plano de justicia a las partes contratantes. Es por ello que manifestamos a continuación lo que sería un artículo que se adoque más a reafirmar nuestro propósito en este trabajo.

ARTICULO 47.- CUALQUIERA OMISION O INEXACTA DECLARACION DE LOS HECHOS A QUE SE REFIEREN LOS ARTICULOS 30., 30., Y 10 DE LA PRESENTE LEY SERAN MOTIVO PARA QUE

LA EMPRESA ASEGURADORA DISPUTE EL PAGO DE LOS BENEFICIOS CONSGRADOS EN EL CONTRATO DE SEGURO. SIEMPRE Y CUANDO SE COMPROBE EN JUICIO QUE TALES DECLARACIONES NO ESTUVIERON APEGADAS A LA REALIDAD O QUE EN TODO CASO, FUERON HECHAS CON DOLO O MALA FE.

UNA VEZ TRANSCURRIDOS DOS AÑOS ININTERRUMPIDOS DE VIGENCIA DEL CONTRATO. NO SERA DISPUTABLE NINGUNA DE SUS PARTES".

Posterior a este artículo, entonces sí, vendría el artículo que corresponda a la rescisión, el cual también hemos elaborado, para así dejar completa nuestra posición.

ARTICULO 47 BIS.-"EN CASO DE QUE SE COMPRUEBE LO QUE ESTABLECE EL ARTICULO QUE ANTECEDE, ESTARA LA INSTITUCION EN SU PLENO DERECHO PARA CONSIDERAR RESCINDIDO EL CONTRATO".

Como es de notarse, hemos omitido la frase: "AUNQUE NO HAYAN INFLUIDO EN LA REALIZACION DEL SINIESTRO". toda vez que ya se ha hecho el comentario de que en algunas ocasiones puede presentarse el fallecimiento del asegurado sin que éste haya conocido alguna enfermedad o que el mismo se hubiera presentado a consecuencia de algún accidente, ocupación o deporte ocasionales, dando origen a la disputa del beneficio y posteriormente a la rescisión del contrato.

Al proponer nosotros en esta tesis una reforma al artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro no es con la idea de que se compliquen las cosas para las partes contratantes, sino por el contrario, buscamos que se simplifiquen sin que ninguno de los dos reciba un mayor perjuicio, aunque hay que dejar bien claro que, la aseguradora está renunciando a un derecho por la capacidad que se muestra en esta cláusula al aceptar pagar cualquier beneficio después de transcurridos dos años de vigencia ininterrumpida y esto tal vez sea con la idea de que como se trataba en los antecedentes históricos de esta tesis, los asegurados en aquel entonces estaban ya descontentos por la forma en cómo se manejaban las cosas antes de que el Gobierno de México tomara cartas en el asunto y al hacerlo éste desea que los contratos de seguro se rijan con algún matiz más benéfico para todos aquellos deseados de adquirir una póliza de seguro de cualquier ramo, no sólo en el de vida, a la vez que las compañías de seguros dieran algo de su parte para sus clientes como el de ésta cláusula, y de esta manera poderse ganar la confianza de ellos.

D) NUEVA CLÁUSULA DE INDISPUTABILIDAD.

Es ahora el momento de que presentemos nuestra aportación con un sencillo proyecto de cláusula que tal vez resuelva para nosotros el problema que hemos venido

tratando en el transcurso de esta tesis.

La cláusula de indisputabilidad que proponemos entra en un plano de equilibrio tanto para la aseguradora como para el asegurado, pero que en caso de haber situaciones contrarias a la contratación se resuelva conforme al derecho que está bien especificado en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y que como sabemos siempre tendrá una de las partes la razón.

"INDISPUTABILIDAD. ES LA RESISTENCIA AL PAGO DE UNA INDEMNIZACION DERIVADA DE ESTA POLIZA DENTRO DE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL CONTRATO DE SEGURO. SI SE DEMUESTRA FLENAMENTE QUE HUBO OMISIONES, FALSAS O INEXACTAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO AL CONTESTAR A LA SOLICITUD RESPECTIVA, PERO UNA VEZ TRANSCURRIDO EL ANTERIOR TERMINO, LA INSTITUCION RENUNCIA AL DEFECTO DE DISPUTABILIDAD, ESTANDO EN LA OBLIGACION DE CUMPLIR CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES SEÑALADAS EN LA CARTULA DE LA POLIZA O CUALQUIER ENDOSO QUE FORME PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO".

Como es de suponerse, al dejar en esta cláusula solo la indisputabilidad del contrato tiene que ser necesario agregar lo que sería la cláusula de rescisión del contrato, ya que éste es el efecto al que nos llevaría la cláusula anterior:

E) CLAUSULA DE RESCISION:

"LA INSTITUCION PODRA DECLARAR LA RESCISION DEL CONTRATO DE SEGURO, A TRAVES DE LA AUTORIDAD COMPETENTE, SI SE COMPROBABA QUE HUBO OMISIONES, FALSAS O INEXACTAS DECLARACIONES POR PARTE DEL ASEGURADO, EN TAL CASO, LA DECISION DE RESCINDIR EL CONTRATO SE LE HARA SABER POR NOTIFICACION PERSONAL.

SIN EMBARGO, EN EL CASO DE QUE EL ASEGURADO HUBIERA FALLECIDO, LA RESCISION SE LE COMUNICARA A LOS BENEFICIARIOS POR CONDUCTO DE LA MISMA AUTORIDAD PARA QUE CONOZCAN TAL SITUACION".

La razón de la cláusula anterior es porque se nacia de que la rescisión de este tipo de contratos es algo especial, y que la Ley le da facultades a las instituciones de seguros para hacerlo, sin embargo, no está prohibiendo que tal decisión se haga a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y es que si nos apeguemos al principio de derecho de que todo lo que no está prohibido por la ley, se encuentra permitido, entonces hacemos uso de tal elemento, ya que creemos que en vida el asegurado podrá aceptar o negar alguna situación, pero en todo caso por lo general al contestar las preguntas del cuestionario de la solicitud de seguro, el futuro asegurado lo hace en forma privada y solamente se dan cuenta los beneficiarios cuando ya tienen frente a ellos la póliza respectiva. Aquí es en donde comienza la

incertidumbre acerca de las declaraciones hechas por el asegurado y con ello en caso de presentarse alguna controversia, solamente el asegurado sabrá con certeza si declaró o no con la verdad.

Es por ello que tal vez los beneficiarios hasta desconozcan de la existencia de la póliza de seguro y con esto se les notificaría la misma y además tomarían conocimiento de los derechos y deberes que tienen como sujetos de la relación contractual.

Esta es nuestra postura en cuanto hace a este último punto en cuestión, el cual creemos que no se trata de hacer más complicado el proceso de rescisión, sino el que no se deje sin oportunidad de elegir un derecho y a obtener el último beneficio por parte de una persona.

CONCLUSIONES

1.- Desde la antigüedad se tienen las bases de que el seguro sobre las personas y sus bienes pueden ser protegidos por terceras personas que en caso necesario resarcirán las pérdidas materiales que se presentan.

2.- Es imprescindible conocer de la naturaleza jurídica del Contrato de Seguro, ya que de acuerdo a los antecedentes históricos, se puede pensar que cualquier persona física o moral puede iniciar sus actividades como asegurador, pero es necesario asentar en este espacio que además se requiere de solvencia económica y honradez.

3.- Puede la confesional del asegurado en un juicio manifestar la existencia de un Contrato de Seguro de Vida, pero siempre es preferible que éste tenga en su poder el documento respectivo para así evitar problemas a los beneficiarios que haya designado por cuanto a los derechos derivados del contrato de seguro y sobre todo serán enterados de las bases de contratación del asegurado.

4.- La idea primordial de que una Institución de Seguros efectúe un examen médico es para saber el estado de salud del futuro asegurado, pero, resultaría contradictorio para él mismo dejar de someterse a tal examen ya que como se recordará las aseguradoras empiezan a creditar sus exámenes médicos a partir de una edad y suma asegurada determinadas.

5.- En caso de que la aseguradora conocida algún vicio en las declaraciones del asegurado queda rescindiendo el contrato, diano contrato y con ello perderá aquel todos sus derechos, más en cambio si las declaraciones son de buena fe los beneficios son mayores que la prima que se paga por ellos.

6.- La mayoría de las instituciones de Seguros en México acostumbra utilizar el mismo tipo de cláusulas insertas en las pólizas, tratándose de contratos de seguro de vida. Esto sucede por la razón de que el contenido del contrato se deriva de la Ley en la materia.

7.- Sería conveniente señalar un término a la rescisión, ya que puede dejar sin defensa a algún beneficiario que trate de exigir el derecho o derechos contenidos en la póliza de seguro de vida, por la razón de que con el transcurrir del tiempo, las personas y los documentos desaparecen y para probar algún hecho resultaría más difícil.

8.- Resulta difícil para los asegurados interpretar las cláusulas de un Contrato de Seguro, es por ello que sería de gran ayuda que los agentes de seguros estuvieran mejor capacitados para así poder ofrecer un servicio profesional a sus clientes.

9.- La ventaja que tienen las aseguradoras sobre sus asegurados es que estos últimos desconocen los alcances que tienen sus derechos, ya que se piensa que comprar un seguro resulta ser una mala inversión por los antecedentes que se tienen en cuanto al cumplimiento de las indemnizaciones de una aseguradora.

10.- Es necesario que la cláusula de indisputabilidad sufra un cambio en beneficio del asegurado, ya que la que actualmente aparece en las condiciones generales de contrato de seguro de vida, resulta totalmente distinta a lo que es la indisputabilidad.

11.- Siempre se espera mucho de una Compañía de Seguros, sea cual fuere en nuestro país o en cualquier otra parte del mundo ya que lo que proporcionan es tranquilidad para todas las personas que confían sus bienes o su persona y esperan estar bien asesorados.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1.- Barrero Montiel, José Luis "EL SEGURO POPULAR UN MODELO DE PROMOCION". Universidad Anahuac del Sur. Tesis 1969 México.

2.- Cosío Rodríguez, José "INTRODUCCION AL SEGURO DE VIDA". Editorials: Instituto Mexicano Educativo de Seguros y Fianzas, A.C., Segunda Edición, 1984 México.

3.- Díaz Bravo, Arturo "CONTRATOS MERCANTILES" Editorial Harla, 1987 México.

4.- Martínez Gil, José de Jesús "MANUAL TEORICO Y PRACTICO DE SEGUROS". Editorial Porrúa, S.A. 1984 México.

5.- Focard y Benson LES ASSURANCES TERRESTRES EN DROIT FRANÇAIS. Francia.

6.- Ruiz Alcaz, Luis "EL CONTRATO DE SEGURO". EDITORIAL PORRUA, S.A. 1978 México.

7.- Jacques del Mercado, Oscar "CONTRATOS MERCANTILES". Editorial Porrúa, S.A., 1982 México.

8.- Vivante, Cesar "CONTRATO DE SEGURO DE LA FRANÇA. DEL DEPOSITO EN LOS ALMACENES GENERALES" Volumen II. Colección de Derecho Comercial de Bolaffio. Roca, Vivante. Traducido por Sentis Melendo "Ediar" Buenos Aires, Argentina.

OTRAS PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS CONSULTADOS

1.- Gran Diccionario Enciclopédico ilustrado.
Volumen 3. Editorial. Selecciones del Reader's Digest.
1979 México.

2.- Seguros Monterrey. S.A. CONDICIONES
GENERALES. Póliza de Seguro de Vida Individual.

ORDENAMIENTOS JURIDICOS CONSULTADOS

1.- Ley de seguros y fianzas. Décimo Tercera Edición. Editorial Porrúa. S.A. México 1987.

2.- Jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (Semanario Judicial). De los fallos pronunciados en los años 1917 a 1983. Cuarta Parte. Materia Civil. Séptima Época.