

95
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

A R A G O N

LA NECESIDAD DE REGLAMENTAR LOS SEGUROS
DE VIDA GRUPO Y/O COLECTIVOS COMO
BENEFICIO ADICIONAL A LOS TRABAJADORES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :
ARTURO JUAN ECHEVESTE SALINAS



ESTADO DE MEXICO.

1991

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

I N D I C E

	Pag.
PROLEGOMENO A LA PREVISION Y SEGURIDAD SOCIAL.	
a).- DESENVOLVIMIENTO DE LA PREVISION SOCIAL.-----	1
b).- LA IDEA DEL SEGURO SOCIAL.-----	3

CAPITULO I

	DESENVOLVIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.--	5
A.-	PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.-----	8
B.-	PANORAMA UNIVERSAL.-----	13
1.-	LA SEGURIDAD SOCIAL RUSA.-----	15
2.-	SEGURIDAD SOCIAL ALEMANA.-----	19
3.-	SEGURIDAD SOCIAL EN DINAMARCA Y SUECIA.---	21
4.-	SEGURIDAD SOCIAL EN GRAN BRETAÑA.-----	21
5.-	SEGURIDAD SOCIAL EN ESTADOS UNIDOS.-----	23

CAPITULO II

	ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO.-	25
A.-	LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO.-----	27
B.-	REGIMEN DEL PRESIDENTE OBREGON.-----	33
C.-	PASCUAL ORTIZ RUBIO.-----	34
D.-	LAZARO CARDENAS.-----	36
E.-	PROYECTO GARCIA TELLEZ.-----	39

CAPITULO III

	PRINCIPIOS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.---	41
A.-	CARTA INTERNACIONAL AMERICANA DE GARANTIAS SOCIALES DE 1948.-----	43
B.-	GOBIERNO DEL PRESIDENTE LOPEZ MATEOS.---	46
1.-	SERVICIOS MEDICOS.-----	48
2.-	RIESGOS PROFESIONALES.-----	49
C.-	REFORMA A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE 31 DE DICIEMBRE DE 1959.-----	52
D.-	REFORMA DE 1973.-----	53
1.-	SEGURO DE RIESGO DE TRABAJO.-----	55
2.-	ENFERMEDAD NO PROFESIONAL.-----	56
3.-	SEGURO DE MATERNIDAD.-----	56
4.-	SEGURO DE INVALIDEZ.-----	56
5.-	SEGURO DE CESANTIA EN EDAD AVANZADA.-----	57

CAPITULO IV

	DEFINICION DE SEGURO.-----	62
A.-	EL CONTRATO DE SEGURO.-----	63
B.-	ANTECEDENTES EN MEXICO.-----	76
	CONCEPTOS.-----	83
C.-	SEGURO SOBRE LAS PERSONAS.-----	83
1.-	SEGURO DE VIDA.-----	83
2.-	SEGURO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.-----	84
3.-	SEGURO DE GRUPO.-----	87
D.-	ESTIMACION DEL RIESGO DE VIDA.-----	89
E.-	CONTRATO DE SEGUROS DE VIDA.-----	93
F.-	REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO.-----	98

CAPITULO V

	SEGUROS DE GRUPO Y COLECTIVOS.-----	108
A.-	BENEFICIOS Y CLAUSULAS ADICIONALES.-----	112
B.-	LLENADO DEL CERTIFICADO - CONSENTIMIENTO.-	118
C.-	EXCLUSIONES.-----	120
D.-	SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES.-----	123

CAPITULO VI

	PLAN DE PREVISION SOCIAL (MODELO TEORICO).-	133
	BENEFICIOS QUE SE OTORGAN.-----	137
A.-	FALLECIMIENTO E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.-	137
1.-	BENEFICIO DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS.-	138
2.-	BENEFICIO DE SUBSIDIO DIARIO DE INCAPACIDAD.-	140
3.-	BENEFICIO DE RETIRO VOLUNTARIO.-----	141
B.-	ASPECTOS FISCALES.-----	145

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

La elaboración de la presente tesis es el resultado de años de estudio realizados, que han de concluir con el examen profesional. Esfuerzos, penas, mortificaciones, desvelos y al fin la alegría indescribible de haber concluido una meta trazada en mi,

tan esperada por todos los que me aprecian. Este trabajo pese a sus imperfecciones se ha elaborado con todo mi cariño, empeño, conocimientos, habilidades y deseos de forjar un objeto útil para todos los interesados en esta materia; la investigación comprende: EL DESENVOLVIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO, PRINCIPIOS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, DEFINICION DEL SEGURO, SEGUROS DE GRUPO Y COLECTIVOS y concluye con la propuesta del MODELO TEORICO DEL PLAN DE PREVISION SOCIAL.

Espero y es mi deseo el haber hecho algo de utilidad, esos han sido los impulsos que me han motivado a desarrollar el presente trabajo de investigación, deseando la benevolencia del H. Jurado que habrá de examinarne, ya que considero que para ser nombrado un Abogado se necesita además de preparación y actualización, mucho tiempo de práctica, honradez y sobre todo persistencia.

PROLEGOMENO A LA PREVISION Y SEGURIDAD SOCIAL

a).- DESENVOLVIMIENTO DE LA PREVISION SOCIAL

"Los períodos que comprende el desarrollo de la Previsión Social son las etapas siguientes :

a) TIEMPOS PRIMITIVOS

b) EDAD MEDIA

c) EDAD MODERNA

d) EDAD CONTEMPORANEA

a) Tiempos Primitivos. - Desde el origen de la especie humana, - la previsión se manifiesta de una forma rudimentaria o elemental. Manifestándose, en los primeros momentos, como una tendencia a conservar o reservar los artículos de primera necesidad en las épocas de abundancia, para atender a las necesidades de la vida en épocas en que pudiera carecerse de ellos. Nace de esta forma el ahorro, que práctica el hombre cuando puede sustraer al consumo diario una parte de lo que la naturaleza o su trabajo le ofrecían guardando aquella porción con el propósito de aumentar sus disponibilidades para su subsistencia y la de los suyos en los días por venir.

b) Edad Media.- El espíritu de previsión en ésta época se manifiesta en las GUILDAS del siglo IX, que fueron asociaciones que entre otras finalidades perseguían la mutua asistencia, en los casos de enfermedad, incendio o por viaje, y en las COFRADIAS o HERMANDADES, instituciones de carácter eminentemente católicas, y cuya finalidad principal era de atender los casos de enfermedad, invalidez, entierro, dotes de doncellas etc.

Estas instituciones fueron creadas en los principales países europeos, en España se constituyeron las cofradías gremiales, que transformadas más tarde en montepíos, desarrollaron funciones de previsión, como los donativos en casos de fallecimientos y ayuda en enfermedad y entierro.

c) Edad Moderna.- Se caracteriza porque paralelamente con los Montepíos, Mutualidades y Sociedades de Seguros, se desarrollan también en esta época, las cajas de ahorro, que son instituciones de previsión que tienen una gran importancia por los beneficios que producen a los que llevan sus pequeños ahorros, pero el Seguro Privado adquiere cada día mayor empuje, por su técnica.

La previsión, en esta época adquiere un gran incremento por la atención que le prestan los gobiernos de todos los países, dictando acertadas disposiciones y muy particularmente a lo que se refiere a los Seguros Voluntarios y Sociales.

d) Edad Contemporánea.- La previsión ha llegado a adquirir tal

importancia, que podemos afirmar que constituye la base principal de la Política Social de los pueblos civilizados, mediante ella se ha fomentado la constitución de las cajas de ahorros populares, las instituciones de economía en las grandes empresas mercantiles e industriales, las secciones benéficas en las entidades cooperativas, y las asociaciones de mutualidad que dan origen al Seguro privado". (1)

b).- LA IDEA DEL SEGURO SOCIAL

"El Seguro Social es una institución que aparece cuando la sociedad se concibe como un todo armónico y cuando la idea de solidaridad priva sobre los intereses individuales y el egoísmo de los hombres.

El Seguro Social nació a consecuencia de algunas reflexiones, que implicaron un cambio trascendental en la filosofía, en la política y en lo social: El hombre, cumple su misión en la sociedad y en la vida cuando desarrolla, en la medida de sus fuerzas y en tanto las conserve, una labor útil y honesta, nada más se le puede exigir, y cuando la adversidad o la vejez le impiden continuar trabajando, la Sociedad, el Estado y el Derecho tienen la obligación de acudir en su ayuda. Por otra parte, el hombre que trabaja para una empresa, entrega toda su energía de trabajo y tiene derecho a obtener de ella los medios para conducir una existencia digna tanto en el presente como en el futuro.

1.- ARCE CANO, (I) pp. 11 Y 12

Finalmente, el hombre está expuesto a los inevitables riesgos - que impone el reino de la Naturaleza y la vida Social, La Organización Jurídica de la Sociedad no puede ignorar este dato, - por lo que debe crear el sistema que ayude al hombre a reparar las consecuencias de estos riesgos; ellos son la Muerte, la Vejez, la Invalidez, la desocupación, o resumido en una fórmula, todos los acontecimientos que privan al hombre y su familia de la posibilidad de obtener un salario que les permita conducir - una existencia en armonía con la dignidad de la persona humana". (2)

C A P I T U L O I
DESENVOLVIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

"La organización de los Seguros Sociales es obra de Alemania y el canciller Bismark, pero los tratadistas contemporáneos señalan algunos antecedentes de importancia. Alfredo Manes anota - que en la historia del Seguro debe distinguirse lo que puede - llamarse su prehistoria, que comprende la antigüedad y la Edad Media. La verdadera historia del seguro se divide en tres grandes periodos :

a) Que va desde mediados del siglo XIV hasta fines del - XVI, es el periodo en que se crea la póliza del Seguro.

b) Abarca el siglo XVIII y la primera mitad del XIX, en - que se fundan las compañías aseguradoras.

c) Es la época en que vivimos, se caracteriza por la explotación a gran escala del Seguro, a la vez que la del Seguro Social que, como el individual, trasciende rápidamente de las Fronteras Nacionales.

Encontramos ya en la edad media, especialmente bajo el sistema gremial, instituciones que tienden a satisfacer las necesidades de Previsión Social en forma de cajas de enfermedades, ayudas de entierro, etc.

Estas sociedades mutualistas eran organizadas ya por gremios, - ya por los mismos obreros, y a veces aparece hasta la intervención del Estado. Antes que otros, los mineros de Alemania te -

nian ya su organismo de Seguro Social en el famoso Seguro Minero, que era un seguro de colaboración entre patronos, obreros y el Estado. Este Seguro fue obligatorio, de suerte que encierra ya los rasgos principales del Seguro verdadero e influyó de manera notable en la legislación Alemana, la que, a su vez, influyó las legislaciones de todo el mundo.

Es fácil entender la razón por la cual la primera institución de Seguro Social fuera creada precisamente en la minería. Los mineros están sujetos a mayores riesgos que los obreros de las demás industrias, y por lo que se refiere a la intervención del Estado para ser obligatorio el seguro Minero, éste no es un fenómeno aislado en Alemania, sino que en muchos otros países sucede lo mismo, es decir, que la minería es de los primeros ramos industriales objeto de la legislación social.

La disposición más importante a éste respecto, antes de las leyes dictadas por Bismark se encuentra en la ley Prusiana de 1854, incorporada en el código minero de 1865, que hizo obligatorio el Seguro para todos los trabajadores de las minas, establecimientos de extracción de metales, Salinas y actividades conexas a éstas mismas industrias. Obligó a los patronos a cubrir una cuota igual a la que pagaban los obreros por virtud de la cual gozaron de atención médica y numerario en los casos de enfermedad o de accidentes y una pensión vitalicia si quedaban incapacitados. No es posible seguir la evolución de las legislaciones extranjeras, pues seria una innecesaria lista de Fe -

chas, Europa siguió rápidamente el modelo Alemán, siendo Austria el primer país que estableció la institución, le siguió Australia y no hemos de pasar desapercibido el dato de haber sido Chile el primer pueblo Americano que implantó una excelente legislación que sirvió de estímulo para los países Latino-americanos". (1)

A.- PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

"Generalidades.- En todas las épocas, los hombres, los pueblos y las Naciones han aspirado a la Seguridad Social sobre todas las cosas. Romper con la inseguridad en todos los órdenes es la prueba más fehaciente de la evolución misma del individuo y la consagración de los Estados Politicamente estructurados, tal es el caso de las demandas cada vez mayores de medidas de seguridad y sobre todo la presión y los efectos de esos movimientos sociales en el campo del Derecho". (1)

"Desde tiempos remotos, las civilizaciones se han preocupado -- por la Seguridad Social, ante el peso de la inseguridad en todos los órdenes, no obstante que es una institución moderna, en su inspiración, es tan antigua como la necesidad del hombre de combatir esta inseguridad. Ciertamente, el origen de las agrupaciones obedece al desarrollo histórico del hombre y fundamentalmente la forma instintiva de luchar por su seguridad.

La inseguridad que el mundo inhóspito le presentaba, sintió necesario vivir en grupos con la idea del bienestar común en todos sus aspectos, con el pastoreo, la domesticación de animales y el cultivo de plantas logró tener seguridad sobre su alimentación. No obstante, la enfermedad y la muerte continuaron siendo su motivo de preocupación, antepuso sus creencias y sus

veneraciones a seres superiores o sobrenaturales como recurso - a la inseguridad, que lo condujo a adoptar formas de organización social". (2)

"Con el transcurso del tiempo, hubo culturas que crearon sistemas de ayuda mutua, en el pueblo Griego existían organizaciones encargadas de socorrer a la población y a menesterosos.

En Roma se precisó con claridad estas instituciones como los - colegios de artesanos, que mediante pago que hacían los asociados de una prima o cuota se cubrían a los beneficiarios de gastos de sepelio. En la edad media, el hombre buscó otras formas de seguridad más complejas y se agrupó en instituciones denominadas, Gremios, Corporaciones y Gildas.

LOS GREMIOS.- Fue la unión de los oficiales de un mismo oficio, con el único fin de buscar protección.

LAS CORPORACIONES.- Fueron organizaciones de oficios regidos - por sus propios estatutos, en los que fijaban normas sobre la - calidad de sus productos, condiciones de trabajo y ayuda mutua, ante la incipiente regulación y protección laboral.

LAS GILDAS.- Proporcionaban a sus agremiados protección mutua, mediante asistencia en caso de Enfermedad, muerte, orfandad, - viudez.

Estas organizaciones surgen de la necesidad de protección económica de sus agremiados y familiares.

En la incipiente época moderna, la clase trabajadora no tuvo la protección oficial necesaria y con el fenómeno del maquinismo y la Revolución Industrial tuvo la urgente necesidad de agruparse con fines profesionales y para una mayor seguridad industrial y social Integral.

Alemania, retoma esta idea y finca razones fundamentales que - determinaron la creación de los Seguros Sociales, en una pri - mera etapa de carácter voluntario y, a partir de 1883 se crea - el Seguro obligatorio para todos los trabajadores amparados por el Estado, mediante medidas de Previsión en beneficio de la co - lectividad.

Bismarck, como una estrategia de control de proletariado y en - contra del socialismo, instituye el Seguro para riesgos de en - fermedades y posteriormente en 1889 el Seguro contra Accidentes de trabajo, que fue ampliado para la vejez e invalidez. De 1883 a 1919 otros países tomaron la experiencia de la Seguridad So - cial de Alemania, como Francia, Dinamarca e Inglaterra.

Inglaterra después de una larga lucha sindical en el año de - 1907, introduce la ley de reparación de accidentes de trabajo - y el sistema de asistencia para ancianos. Sin embargo, en 1911 promulga la de la ley denominada National Insurance Bill, la - cual obtuvo la solidaridad nacional, la cual abarcó en forma - completa y perfeccionada los riesgos de enfermedad e invalidez colocándose como líder mundial en materia de Seguros Sociales. En 1914, Gran Bretaña ,mediante la cámara de los comunes, revi-

sa los sistemas existentes del Seguro Social y sus servicios - conexos. La comisión revisora la presidió Sir William Beveridge quien en el año de 1942 lo presentó, denominando su estudio, - informe sobre el Seguro Social y servicios conexos. Con el perfeccionamiento del Plan Beveridge, en julio de 1948, se promulga la Ley del Seguro Nacional con la cual Inglaterra establece su Seguridad Social integral, protegiendo los accidentes y enfermedades de trabajo, la sanidad, atención a la niñez y asistencia a los desválidos entre otros, así como el Seguro Social. España fue otro país que destacó en la legislación de los Seguros Sociales, cuando en 1883 una comisión de reformas sociales se abocó al estudio y resolución de éstos problemas.

La primera Ley Española al igual que Alemania, se funda en los Seguros voluntarios, principalmente en lo relativo a los accidentes de trabajo como consecuencia del desarrollo industrial. En la ley del 7 de febrero de 1908 se crea el Instituto Nacional de Previsión, en mayo de 1917 se consolida una necesidad de la obligatoriedad, Hasta el 11 de marzo de 1919 cuando se dicta la ley del Seguro Social obligatorio en reglamento respectivo - se da a conocer el 21 de enero de 1921, con una preocupación de bienestar colectivo.

Por otra parte, los Estados Unidos de Norteamérica, con motivo de la crisis económica de 1929, que dejo sin empleo a miles de trabajadores y la quiebra de incontables fuentes de trabajo, - se crea la ley del Seguro Social, aprovechando las experien- -

cias en la materia de otros países. En 1935 adoptó el sistema -
del Seguro Social, promulgando la ley contra la Desocupación, -
la Vejez, de Retiro y la ley del Seguro de desempleo de los -
Ferrocarrileros en 1946 en los diversos estados de la Unión -
Americana, con excelentes logros". (2)

B.- PANORAMA UNIVERSAL

"El Seguro Social es valioso fruto de un gran concepto de justicia en el modo de estimar los problemas sociales y de la necesidad cada vez más urgente de evitar dolorosas miserias y de saciar nobles y legítimos anhelos de la clase proletaria. Desde tiempos remotos los trabajadores de todo el mundo han sentido la necesidad de protegerse en contra de los riesgos profesionales y de las adversidades sociales. Las asociaciones mutualistas intentaron, aunque de manera imperfecta, satisfacer esa necesidad tan humana. Sociedades de diversa índole se formaron para ayudar a los desvalidos y a los deudos de los obreros que fallecían. Pero hasta el año de 1850 Francia, y no Alemania, como comúnmente se cree, da el primer paso hacia la fundación del Seguro Social.

El número creciente de industrias peligrosas, debido a los progresos científicos y al empleo cada vez más general de maquinaria, multiplican los accidentes del trabajo. La naturaleza de la gran industria capitalista, desalmada e impersonal al aumentar o disminuir la planta de obreros, según las exigencias del mercado, hace más desastrosas las condiciones de vida del asalariado. De ahí la conveniencia que casi todos los países han visto al imponer el Seguro Social. Sin este los trabajadores ven en la miseria, abandonados a su desgracia, El Estado, den-

tro de su función tutelar fundada en razones de bien público, -
corresponde protegerlos y ayudarlos.

En el año de 1850 aparece la primera ley del Seguro de Enfer-
medades en Francia, en 1883 Alemania imita el ejemplo". (3)

Los trabajadores desde siglos pasados, han sentido la necesidad
del amparo contra los siniestros profesionales y las adversi-
dades sociales. los mutualistas, intentaron aunque de manera -
imperfecta, satisfacer ese anhelo tan humano. Las primeras se -
formaron para ayudar a los deudos de los obreros que fallecían.
La muerte y la situación en que quedarían los hijos fue la pri-
mera preocupación la fundación del Seguro Social se inicia en -
1850 en Francia, quizás el país pionero.

Casi en todas las naciones el Seguro de Riesgos Profesionales -
abarca la mayor parte de las ocupaciones, pero en general se -
ha excluido el Comercio, la Agricultura y el Servicio Domésti-
co.

El Seguro Social estructurado en esa forma ha de ser un magní-
fico medio de solidaridad colectiva y de paz social.

La legislación de Seguridad Social consiste en dar a todos sub-
sidios y servicios, a cambio de su esfuerzo. No pretende librar
para siempre a la población entera por los beneficios que da de
sus obligaciones. Con él y de contribuir en la producción del -
pais". (4)

3.- ARCE CANO, (I) p. 63

4.- ARCE CANO, (I) pp. 64 Y 65

1.- LA SEGURIDAD SOCIAL RUSA

"Todavía estaba Rusia gobernada por los zares cuando se dictó la primera ley sobre los Seguros Sociales (1911), gracias a la Mansky, director de la banca imperial. A raíz de la Revolución de 1917, bajo la protección del gobierno soviético, se hicieron algunas reformas al Seguro Social. Pero hasta el año 1924 no se puso en vigor el nuevo régimen, de acuerdo con la nueva política Económica.

El sistema primitivo sólo abarcaba a los Mineros, Ferrocarrileros y Trabajadores Marítimos. En nuestros tiempos casi ningún trabajador es excluido. El Artículo 175 de la ley respectiva dice : El Seguro Social alcanza a todas las personas que trabajen asalariadas en empresas, establecimientos o explotaciones públicas cooperativas o del estado, concesiones, usufructos, arrendamientos a casas particulares, con independencia de la naturaleza, clase y duración del trabajo y forma de regularlo. El sistema es completo, muy amplio, cubre diversos riesgos, imposibilidad total para el trabajo, enfermedad, accidente de trabajo, maternidad, paro forzoso y ausencia o desaparición". (5)

"Los ciudadanos de la U.R.S.S. tienen derecho a la asistencia económica en la vejez, así como en caso de enfermedad y de pérdida de la capacidad de trabajo, dice el Artículo 120 de

la Constitución de la U.R.S.S. gozan de la asistencia todos los ciudadanos soviéticos sin excepción, cualquiera que sea su Nacionalidad, Raza, Sexo o Religión.

Se conceden diferentes tipos de Pensión: por Vejez, Invalidez, Muerte del sostén de la familia y años de servicio y también a título personal, en el sistema de Seguridad Social. Perciben pensión del estado los obreros, empleados, militares y estudiantes de centros docentes especiales, medios y superiores así como otros ciudadanos, si quedan inválidos en el cumplimiento de su deber cívico o al servicio del estado y de la sociedad. Igualmente reciben pensión los miembros de la familia en caso de muerte del sostén de la misma.

Al asignar la cuantía de la pensión, se toma en consideración la antigüedad en el trabajo y el salario que el trabajador percibía antes. Cuando más ha trabajado el ciudadano y mayor ha sido su salario, tanto más elevada será la cuantía de la pensión que depende también de las condiciones y el carácter del trabajo. Los obreros y empleados ocupados en las faenas subterráneas insalubres y pesadas disfrutaban de ventajas suplementarias. Existen planes por la antigüedad ininterrumpida o general en el trabajo. Se tiene en cuenta también la situación de la familia".(6) "Los hombres tienen derecho a recibir pensión,

cualquiera que sea su estado de salud, a los 60 y las mujeres a los 55 años. Para ello sólo hace falta que hayan trabajado - 25 o 20 años respectivamente. Lo cual no representa dificultad alguna puesto que en el país no existe el desempleo. El Estado manifiesta especial solicitud, por las madres. Las mujeres que han criado más de cuatro hijos hasta la edad de 8 años reciben pensión a los 50 años, teniendo 15 de antigüedad en el trabajo". (7)

"Existen tres grupos de inválidos, según el grado de incapacidad para el trabajo. El grado de invalidez es determinado por comisiones de los que forman partes médicos competentes y representantes de los sindicatos y de los organismos del sistema de asistencia social. Las pensiones por invalidez se conceden sin distinción de edad. Si la invalidez es debida a enfermedad profesional o accidente de trabajo o se ha producido durante el servicio al estado el cumplimiento del deber social - entonces, no es la antigüedad laboral el factor que decide la cuantía de la pensión. En todos los demás casos, la persona - debe haber trabajado cierto tiempo, aunque no mucho. Por ejemplo, a la edad de 20 a 23 años al hombre se le exige dos años de antigüedad en el trabajo, y a la mujer, un año, en la edad de 23 a 31 años deben haber trabajado de tres a cinco años y de dos a tres años respectivamente.

La cuantía de las pensiones depende, primero, del grado de invalidez y, segundo, del salario y de las condiciones de trabajo. La pensión se fija con miras a que para los inválidos del tercer grupo compense la parte del salario pérdida, para los del segundo y primer grupo sea el principal medio de existencia. Los inválidos por accidente de trabajo o enfermedad profesional reciben una pensión mayor que los inválidos por enfermedad común. Además, según la ley, las organizaciones con culpa, de las cuales quedaron inválidos, les pagan una compensación que, junto con la pensión, debe equivaler a la suma antes recibida como salario. El estado manifiesta particular desvelo por los inválidos de guerra, concediéndoles pensiones más altas". (8)

"Si el ciudadano ha trabajado los años necesarios (20 a 30), la cuantía de la pensión depende de la del salario. Cuanto más alta era el salario, mayor es la pensión. Conforme a la ley soviética, también tienen derecho a pensión los ciudadanos de otros países que trabajan en la Unión Soviética, así como sus familiares. Cuando para ello se requiere cierta antigüedad laboral, basta haber trabajado dos terceras partes de ese tiempo en la U.R.S.S.. Los seguros están organizados en el país sobre la base del Monopolio de Estado". (9)

8.- ARCE CANO, (I) p. 683.

9.-ARCE CANO, (I) p. 686

2.- SEGURIDAD SOCIAL ALEMANA

"En Alemania se establece el seguro obligatorio de invalidez, que abarca a los obreros, artesanos, domésticos, marineros, ayudantes y aprendices. Excluye a los funcionarios públicos y a los trabajadores de los ferrocarriles. El fondo de la institución aseguradora se forma con las cuotas de los trabajadores y patrones únicamente. Tales cuotas son iguales y se basan en los salarios. En este ordenamiento se entiende por inválida toda persona que en su ocupación habitual no se halle en situación de ganar por lo menos la tercera parte de lo que otra de su misma condición, estado físico e intelectual pudiera obtener de ordinario por su trabajo en la región. La ley otorga pensión a los asegurados inhabilitados permanentemente para el trabajo, también concede subsidio a los incapacitados temporales, mientras exista la incapacidad". (10)

"También ha habido un movimiento muy importante de carácter mutualista, en el que se distinguen varias especies; Las cajas de fábrica, a las que contribuyen los patrones; las cajas de corporación y de minas, que son sindicatos profesionales de tipo nacional vigilados por el estado; asimismo, cajas locales que agrupan diversos oficios, cajas de construcción de casas y para obreros y las cajas municipales, destinadas a obreros que, por

sus escasos recursos, no están afiliados a ninguna otra caja. El patrón contribuye con una cuota igual a la mitad de la cuota pagada por el obrero, y la indemnización, en caso de enfermedad, es igual a la mitad del salario ordinario. El municipio administra estas cajas gratuitamente y adelanta los fondos para cubrir el déficit, reembolsándose con las reservas de la sociedad".(1)

"El despertar de las masas trabajadoras y la presión que producen provoca la aparición de la intervención estatal y se inicia la política social moderna en Alemania, que pronto se extiende por todo el mundo, y que no sólo se ocupa por mejorar las condiciones de trabajo, sino que también manifiesta su preocupación por elevar las condiciones de vida de la familia obrera, procurando mejorar el sistema tradicional de la asistencia y además, creando filosofías e instituciones nuevas: La Seguridad Social y el Seguro Social".(11)

1.- DIAZ LOMBARDO, (VIII) pp. 103 Y ss.

11.- ARCE CANO, (I) p. 66

3.- SEGURIDAD SOCIAL EN DINAMARCA Y SUECIA

"Desde el 16 de mayo de 1921, Dinamarca cuenta con el seguro de invalidez, que se extiende a todos los ciudadanos de reducidos recursos, residentes en el país y que tengan de 18 a 62 años de edad. La pensión se comienza a entregar desde que la persona - asegurada ha perdido su capacidad para trabajar.

En tres últimas décadas la mayoría de los estados reforman su legislación de seguros sociales e incluyen entre ellos el de - vejez, al abandonar el sistema antiguo de asistencia, el nuevo seguro orienta más bien hacia el tipo obligatorio.

La ley del año 1913 estableció el seguro obligatorio contra la vejez en Suecia, que fue modificada después. Las cuotas varia- - ban según los ingresos del asegurado, y la pensión a percibir a los 67 años se regulaba por el importe de las cuotas entrega- - das. Más tarde se determinó que el fondo del seguro se recau- - dará por medio de contribuciones especiales".(12)

4.- SEGURIDAD SOCIAL EN GRAN BRETAÑA

"El Plan Beveridge ha plasmado esta idea, persigue unificar los diversos seguros sociales que hay y crear otros que deben exis- - tir para que queden cubiertos todos los siniestros que amenazan

12.- ARCE CANDO, (I) pp. 67 Y 68

la vida. El seguro social estructurado en esa forma, como decíamos, ha de ser un magnífico medio de solidaridad colectiva y de paz social.

El proyecto de legislación de seguros sociales de William Beveridge, consiste en librar para siempre a quienes reciban sus beneficios de toda clase de obligaciones, con el plan se persigue asegurar los medios para vivir, a condición de producir. Abolir la necesidad con un ingreso suficiente para que puedan atender sus necesidades, es el deseo del autor de la ley proyectada. Es un medio para liberar a los ingleses de la necesidad por medio de la continuidad de los ingresos.

Se ha dicho que en Inglaterra las sociedades mutualistas representan respecto de las clases populares lo que los seguros en las clases acomodadas. Se distinguen entre dos clases:

La Friendly Society o sociedad de amigos y los Trade Unions.

Se estima que la octava parte de la población estaba inscrita en la sociedad de amigos, que amparaba también a los hijos. Se han organizado en federaciones y sus beneficios se extienden a las colonias y al extranjero. Los trade unions tienen por objeto proteger el interés total de la clase obrera y proporcionan amparo en la enfermedad en el parto, la vejez y en los funerales, además otorga socorro a las viudas y a sus hijos".(13)

5.- SEGURIDAD SOCIAL EN ESTADOS UNIDOS

"El sistema americano se basa en la idea de que la carencia de empleo es un riesgo de trabajo, igual que los accidentes y enfermedades profesionales, por lo tanto, el fondo del seguro que cubra estas indemnizaciones debe ser obtenido de las aportaciones de los patronos exclusivamente. La ley que entró en vigor en WISCONSIN en julio de 1934 estableció dicho principio, y casi todos los estados de la unión americana que han formulado proyectos sobre esta materia siguieron dicho modelo. Pero el comité de OHIO, que estudió el problema, propuso un sistema radicalmente diferente y más apegado a la tradición. La falta de trabajo es un riesgo social dijo, con el que deben cargar no solo los productores, sino también los obreros y la sociedad, por lo que las tres partes deben contribuir al sostenimiento del seguro. El gobierno como representante de la colectividad aportaría el dinero suficiente para sostener las oficinas de la institución.

El 14 de agosto de 1935 se promulgó La ley Federal de Seguridad Social en los Estados Unidos, que establece el Seguro Social, pero no crea derechos en favor de los desocupados. El Seguro Social, para poder dar todos sus frutos, debe ser integral es decir, debe constituir un sistema que cubra todos los riesgos que puede sufrir el hombre desde que nace hasta la

tumba". (14)

14.- ARCE CANO, (I) pp. 72 Y 73

CAPITULO II

ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

"En México la realización de prácticas de seguridad social data de la época prehispánica, ya que el estado en ése entonces, - contaba con los mecanismos necesarios para proteger a los ciudadanos desde su nacimiento hasta su muerte.

En el año de 1523, dos años después de la conquista de Tenochtitlán, en Texcoco se crea la primera escuela para niñas, esta institución se puede considerar el primer servicio asistencial instaurado en la Nueva España. También, en el mismo año, Hernán Cortés, funda el hospital, llamado del Marqués y ahora de Jesús, para la atención de enfermos y la práctica de la caridad - cristiana. Sin embargo, correspondiera a Vasco de Quiroga el - establecimiento del primer sistema de servicios sociales instalado en la nueva España, en 1532 funda, en santa fé, la primera casa para niños expósitos y, posteriormente, cuando es - nombrado arzobispo de Michoacán, continúa su labor fundando 111 Hospitales, 92 en el estado de Michoacán y 19 en el de México; así llamados aunque sus instalaciones y su personal no estuviesen dedicados exclusivamente a labores médicas, ya que éstos Hospitales eran para Vasco de Quiroga, centros de religión, de policía y de humanidad para los indios pues en ellos se practicaba la caridad, la fraternidad, el auxilio mutuo, la organi-

zación del trabajo, la economía y la educación civil.

En nuestro país, la seguridad social tiene un carácter dinámico y latente que se ha fortalecido a través del tiempo, desde la época precortesiana se puede identificar con las denominadas cajas de comunidades indígenas, que funcionaban con aportaciones de éstas para cubrir los infortunios de la muerte, otros riesgos o festividades a sus dioses.

A partir de la revolución Francesa y de la ideología nacida con ella, que prescribe la intervención de los poderes públicos en las relaciones sociales, el mundo va por sí mismo. Sin embargo, respecto a las medidas de tipo asistencial, la constitución de 1793 declaraba que era deber del estado procurar la necesaria subsistencia a los indigentes, ya fuese proporcionándoles trabajo, ya asegurándoles los medios de existencia, cuando por imposibilidad física o laboral no los pudieran obtener por sí mismos.

La previsión y la asistencia sociales continúan funcionando en el país de acuerdo a la tradición y con las formas heredadas de la colonia y sólo en una ocasión propuesta hecha por Valentín Gómez Farías, se pensó en establecer un sistema para auxilio de personas con carencias, no será sino hasta el movimiento de reforma que tomara cuerpo doctrinario el concepto de beneficencia pública y su consecuencia inmediata la asistencia social". (1)

A.- LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

"En el período de 1910-1917, la clase trabajadora se favoreció con la promulgación de leyes en diversos estados de la República, entre las que cabe destacar las siguientes :

El 30 de abril de 1904, en el Estado de México, José Vicente Villada promulgó una ley referente a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en que obligaba al patrón a responsabilizarse de los riesgos laborales de sus empleados y cubrirles indemnizaciones, pago de salarios y atención médica durante tres meses y, en caso de muerte, funerales y salario de quince días. Más tarde en 1906, Bernardo Reyes, gobernador del Estado de Nuevo León, expidió la ley sobre accidentes de trabajo, en la que se obligaba al patrón a otorgar prestaciones médicas, farmacéuticas y pago de salario al trabajador, por incapacidad temporal o permanente e indemnizarlo en caso de muerte". (2)

"Para 1911, Francisco I. Madero, insistió en la expedición de leyes sobre pensiones e indemnizaciones por accidentes de trabajo, comprometiéndose a elaborar una legislación obrera y decretó el establecimiento del departamento de trabajo, el que determinaría las condiciones de trabajo, su duración, los accidentes industriales, las cajas de ahorro, seguros, fondos de

auxilio, habitaciones baratas, higiene y seguridad en las fábricas, talleres, minas y demás lugares de labor así como protección de mujeres y niños además prestaría apoyo legal a las cooperativas y a las cajas de retiro y pensiones de vejez.

En 1912, se expidió el reglamento de policía minera y de seguridad en los trabajos de las minas, en el que se consignaba la obligación patronal de brindar seguridad para prevención de accidentes que pusieran en peligro la vida de los operarios.

La confederación de círculos obreros católicos, creada en 1912, celebró en 1913 una reunión en Zamora, Mich. en la cual se formuló el primer proyecto de derecho del trabajo, estipulando, entre otras cosas, la necesidad de crear un seguro obrero. La confederación se caracterizó por impulsar la fundación de montepíos, cajas de ahorro, centros de asistencia médica y promoción de asambleas y reuniones en las que estudiaron problemas sociales.

Durante el mismo año, 1913, se presentó ante el congreso de la unión un proyecto de ley que remediaria los daños causados por accidentes de trabajo y sugería se estableciera una caja de riesgo profesional. Así mismo un grupo de diputados renovadores expusieron un proyecto de LEY de TRABAJO que tenía por finalidad regular los contratos de trabajo, los salarios mínimos, el descanso obligatorio, las habitaciones, la educación para los obreros y sus hijos, los accidentes de trabajo y el Seguro

Social.

La ley de Cándido Aguilar expedida en el puerto de Veracruz en 1914, obligó a los patrones a cubrir la asistencia médica y a proporcionar alimentación a los obreros enfermos, así como a pagarles el salario que recibían cuando fueran víctimas de un accidente. Los propietarios de establecimientos industriales o negociaciones agrícolas debían mantener hospitales y enfermerías habilitados para proporcionar esos servicios.

El 7 de octubre de 1914, Manuel Aguirre Berlanga promulga en el estado de Jalisco una ley de seguridad social que fué un antecedente importante y decisivo de la institucionalización del seguro social, ya que esta ley comprende en su artículo 17 la obligación de depositarle al empleado por lo menos un cinco por ciento de su salario para crear un servicio de mutualidad que se reglamentaría en cada municipio.

En 1915 se le presentó a Venustiano Carranza un proyecto de ley de accidentes, que reconoció como principio de justicia la responsabilidad patronal en los daños o accidentes de trabajo.

Además expidió la LEY reguladora del CONTRATO de TRABAJO que contiene preceptos que obligan a los patrones a mantener la higiene y salubridad en las fábricas, talleres, oficinas y máquinas, prevenir accidentes, sostener personal médico y medicinas en los lugares de trabajo y pagar indemnizaciones por daños.

En 1915, Salvador Alvarado expide, en el estado de Yucatán un -

decreto de la ley del trabajo en el que se establece un sistema de seguros sociales como instituciones estatales. En el mismo año se promulgó también en dicho estado una ley para crear la seguridad mutualista en la cuál los trabajadores pudieran depositar una pequeña cantidad de sus salarios para asegurarse contra riesgos vejez y muerte". (2)

"Pero hasta el 11 de diciembre de 1915 promulgó el Estado de Yucatán su ley del trabajo a iniciativa del general Salvador Alvarado. Dicho ordenamiento, que es sumamente importante en todos sus capítulos, fue el primero que estableció el seguro social en nuestra patria, siguiendo el modelo de Nueva Zelanda, cuya legislación admiró Alvarado".(15)

La política mutualista de los trabajadores subsistió hasta el estallido de la Revolución Mexicana, y es así que en el artículo 123 de nuestra Constitución de 1917, se consigna expresamente en su versión original un seguro potestativo en su fracción XXIX que indica: Se considera de utilidad social: El establecimiento de cajas de seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual tanto el Gobierno Federal como el de cada estado deberá fomentar la organización de instituciones de ésta índole, para infundir e inculcar la previsión popular.

2.- GARCIA FLORES, (VI) pp.93 Y 94

15.- ARCE CANO, (I) p.46

En efecto, a partir de la Constitución de 1917, en la que se plasmo el ideario de seguridad social, los estados miembros de la federación quedaron facultados para legislar en este aspecto de acuerdo a sus necesidades particulares, trayendo como consecuencia la creación de una grave diversidad de legislaciones con diferentes alcances y contenidos.

Dicho precepto constitucional, no obstante su timidez, provocó la inspiración de la Ley del Seguro Social, no sólo en nuestro país sino en toda América Latina y Europa. En tal virtud, el 6 de septiembre de 1929 se promulgó una reforma a la citada fracción XXIX del artículo 123 constitucional base jurídica para la creación del Seguro Social con carácter obligatorio.

La reforma de 1929 a la fracción XXIX del artículo 123 por las cuales se facultó únicamente al congreso federal para legislar en materia laboral y concretamente en lo que se refiere a Seguridad Social, dejó sin efecto las leyes que los estados habían decretado para regular en esta materia". (3)

"El código de trabajo del Estado de Yucatán del 16 de diciembre de 1918, dio un paso hacia atrás con respecto a su ley laboral de 1915, pues abandonó el sistema del seguro social obligatorio para adaptarse a la Constitución Política de 1917. En el referido cuerpo se dieron facultades a la bolsa de trabajo para fomentar el establecimiento de cajas de ahorro y de seguros -

populares de invalidez, de vida, cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros. En el año de 1919 se formuló un proyecto de ley del trabajo para el Distrito y Territorios Federales, que proponía la constitución de cajas de ahorro, cuyos fondos tendrían por objeto, entre otros, impartir ayuda económica a los obreros cesados. Los trabajadores tendrían obligación de dar a las cajas el cinco por ciento de sus salarios. Los patronos por otra parte, deberían aportar el cincuenta por ciento de la cantidad que les correspondiera a sus asalariados por concepto de utilidades en las empresas, de acuerdo con la fracción VI del artículo 123 constitucional. En el año de 1925 fue elaborado el proyecto de ley reglamentaria del artículo 123 de la Constitución general, el cual determinó que los patronos deberían garantizar la atención médica y el pago de las indemnizaciones por los accidentes y enfermedades profesionales que estimasen pudieran ocurrir durante el año, depositando en la forma y lugares prevenidos por el ejecutivo federal la cantidad fijada por este.

En 1929 el gobierno federal ordenó se elaborara un proyecto de ley en que se imponía a los patronos depositar en una institución bancaria del 2 al 5 % del salario mensual de los obreros a su servicio, para formar un capital en beneficio de estos. Aunque el sistema era obligatorio, no tuvo éxito e iba contra la justicia social, pues no cotizaba el empresario.

Al concluir la primera guerra mundial, en el mundo se comenzaron a elaborar estatutos legales que respaldan el ámbito internacional propuestas sobre seguridad social, lo que aunado a la promulgación de la Constitución de 1917, que repercutieron en el país desarrollándose proyectos más elaborados de Seguridad Social comprometiéndose el candidato a la presidencia Alvaro Obregón, a establecer un ministerio de trabajo para el Distrito Federal y Territorios Federales en el cual se proponía el establecimiento de cajas de ahorros para trabajadores desempleados.

B.- REGIMEN DEL PRESIDENTE OBREGON

Al asumir la presidencia propuso la ley del seguro obrero, creando un impuesto que equivalía al 10% del salario percibido por los trabajadores para formar una reserva económica que, administrada por el sector público, se utilizaría para proporcionar servicios a empleados, pagos de indemnización por accidentes de trabajo, jubilaciones y seguros de vida.

Durante la campaña reeleccionista de Alvaro Obregón en 1927 algunos de sus partidarios se agruparon en una organización denominada partido de previsión social que asentó como principal meta el establecimiento del seguro social en todas sus formas, es decir, jubilación por vejez, seguro de vida, indemnizaciones por accidentes de trabajo y todo lo que proporciona protección a los trabajadores". (4)

"Bajo su gobierno se elaboró el primer proyecto de ley del Seguro Social que no llegó a promulgarse, pero sirvió para canalizar una corriente de opinión en favor del Seguro Social.

El proyecto presentado el 5 de noviembre de 1928, pretendía el establecimiento del seguro social con carácter obligatorio en los Estados Unidos Mexicanos, denominándose Instituto Nacional del Seguro Social". (2)

C.- PASCUAL ORTIZ RUBIO

"En 1931, siendo presidente Pascual Ortiz Rubio, se expidió - primera Ley Federal del Trabajo en la que se hizo extensivo el deber de asegurar el porvenir de los asalariados y de sus familias mediante el pago de indemnizaciones en el caso de riesgos profesionales.

Una vez reformado el artículo 123, la seguridad social ascien-- de a la categoría de un derecho público obligatorio, y se re- serva al Congreso de la Unión la facultad exclusiva de legislar en materia del trabajo y seguridad social, por reforma de la - la fracción X del artículo 73 Constitucional. Por decreto de 27 de enero de 1932, el Congreso de la Unión otorgo facultades ex- traordinarias al Ejecutivo Federal para que expidiera la ley - del Seguro Social obligatorio en un plazo que terminaba el 31 - de agosto de ese mismo año, pero éste propósito se frustró por

2.- DE LA CUEVA, (IV) p. 188

la renuncia presentada el 2 de septiembre de 1932 por el Inge-
niero Pascual Ortiz Rubio a la presidencia de la república.
Al presentarse al Congreso de la Unión en el año de 1929, el -
proyecto de la Ley Federal del Trabajo, en el artículo 368 se
sigue pensando en instituciones de carácter privado, para apli-
car los Seguros Sociales, misma idea que se conservó al promul-
garse dicha ley el 1 de agosto de 1931.

Siendo presidente de la República el general Abelardo L. Rodrí-
guez, a través de la oficina de previsión social del departa- -
mento de trabajo asignó en febrero de 1934 una comisión encar-
gada de elaborar la ley del Seguro Social, integrada por los -
señores: Ing. Juan de Dios Bojorquez, Lic. Vicente Gonzalez, -
Lic. Adolfo Zamora, Lic. Alfredo Iñarritu, Dr. Mario de la Cuen-
va, Ing. Juan F. Noyola, Ing. Emilio Alanís Patiño y Prof. Fritz
Bach.

Los trabajadores de dicha comisión establecieron los principios
generales que debían normar el proyecto de ley, determinando -
las bases e instituciones y, se determinó que debía organizarse
sin fines de lucro, administrado y financiado en forma tripar-
tita". (5)

D.- LAZARO CARDENAS

"Fué uno de los más decididos promotores para la creación del Seguro Social en México y durante su primer año de gobierno se presentaron varias iniciativas tendientes a lograr su implementación. En 1935 ofreció un estudio referente a la formación y organización de un seguro social que cubriría los riesgos de trabajo y en febrero de ese mismo año la Suprema Corte de Justicia responsabilizo a los empresarios de los accidentes y enfermedades que padecieran sus trabajadores en el desempeño de sus labores. Ese mismo año el departamento de trabajo envió a las cámaras un nuevo proyecto de Ley del Seguro Social, en el que se estipulaba nuevamente que sería único y obligatorio, encargando al estado como servicio descentralizado bajo el nombre del instituto de Seguros Sociales; su protección comprendería a los trabajadores asalariados, incluso los del campo, y se prevendrían y contrarrestarían riesgos por enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales, maternidad, vejez, invalidez, desocupación involuntaria. Contempla, además, la ampliación de los seguros privados contra todos por empresas particulares para convertirlos en un seguro popular de vida.

Al igual que las propuestas anteriores el mantenimiento de la institución sería tripartita; salvo accidentes y enfermedades profesionales, que serían por cuenta del patrón; tendría perso-

nalidad jurídica propia y órganos directivos también tripartitas.

Los estudios para la implantación de un Seguro Social continuaron y se urgió su creación con motivo de las conferencias de trabajo de los Estados de América, celebrados en Santiago de Chile en 1936, que comprometieron a México a promulgar una Ley del Seguro Social". (3)

"En los últimos días del Gobierno del General Lázaro Cárdenas, el 27 de diciembre de 1938, envió al Congreso de la Unión un proyecto de la Ley del Seguro Social, que cubría los riesgos de enfermedad y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales, maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria, así como la creación con personalidad jurídica propia, de un organismo descentralizado que se denominaría Instituto de Seguros Sociales, con el domicilio en la ciudad de México. Este organismo se encargaría de la aplicación de su ley y reglamento, así como de recaudar cuotas, celebrar contratos, adquirir bienes, organizar sus dependencias, etc. sus funciones estarían enfocadas a las prestaciones individuales y colectivas que consistirían en la indemnización o prevención de los riesgos antes señalados, teniendo el mismo éxito que los anteriores, ya que el congreso nunca llegó a discutirlo y con el pretexto de que debía elaborarse un nuevo proyecto más completo y que tuviera -

como base esencial un buen estudio de actuariado Social.

En los diarios oficiales del 2 al 18 de junio de 1941, aparecen publicados los acuerdos presidenciales que establecían la formación de una comisión técnica encargada de redactar un proyecto de ley. Dicha comisión analizó el anteproyecto elaborado por la secretaría del trabajo quien a su vez crea el proyecto de la ley del seguro social, el cual fue enviado al Congreso de la Unión y después de los trámites correspondientes se convierte en ley, por decreto de fecha 31 de diciembre de 1942.

El anteproyecto en cuestión lleva el nombre de proyecto García Téllez que con reformas insignificantes, fue presentado a la oficina internacional del trabajo y a la conferencia interamericana de Seguridad Social, celebrada en Santiago de Chile en 1942. Ambos organismos emitieron una opinión favorable al proyecto ocurriendo su publicación mediante decreto presidencial. (6)

"Después de todos los esfuerzos realizados, el 15 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley del Seguro Social, creándose como consecuencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social, y el 14 de mayo de ese mismo año se publica su reglamento en lo referente a la inscripción de

trabajadores y patrones, así como la organización y funcionamiento de dicho instituto, base de la Seguridad Social en México". (4)

C.- PROYECTO GARCIA TELLEZ

"El señor Secretario del Trabajo y Previsión Social, Licenciado Ignacio García Téllez, deseoso de realizar el noble anhelo del señor Presidente Avila Camacho, crea al principio del año 1941, el departamento de seguros sociales, dependiente del órgano a su cargo. Las atribuciones señaladas al nuevo departamento son las siguientes : Estudio de proyectos que se relacionen con el establecimiento de Seguros Sociales sobre la vida, invalidez, cesación involuntaria del trabajo, enfermedades y accidentes de acuerdo con lo ordenado por la fracción XXIX del artículo 123 Constitucional recopilación de datos estadísticos e informaciones necesarias para el desarrollo de los trabajos antes indicados y vigilancia del cumplimiento de las normas legales del Seguro Social". (7)

"El Seguro Social constituye un servicio público nacional de carácter obligatorio que cubre, dentro de su sistema los siguientes riesgos:

- a) Accidentes y enfermedades profesionales.
- b) Enfermedades no profesionales y de maternidad

4.- DE LA CUEVA, (IV) p. 190
7.- GARCIA FLORES, (VI) p. 106

c) Invalidez, vejez y muerte

d) Cesantía involuntaria en edad avanzada (60 años)

La organización y administración del Seguro Social se encomienda a un organismo descentralizado, que el proyecto no considero autoridad y se denomina INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, y que en algunas leyes es autoridad. La ley sí lo caracteriza - así, porque lo es y puesto que decide con fuerza ejecutiva sobre el monto de las cuotas y se admite el recurso administrativo de revocación contra dicha determinación. Se estableció en el proyecto, como regla general la aportación tripartita, de - los obreros, patronos y estado, para formar el fondo del Instituto, pero los trabajadores que ganen el salario mínimo o menos no sufrirán merma alguna en sus ingresos, pues queda a cargo de los empresarios, el pago de las cuotas que corresponderían a - los operarios". (16)

C A P I T U L O I I I

PRINCIPIOS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

"Con gran acierto abordó el legislador mexicano de 1942 el tema del seguro social. La ley constituye un sistema integral de protección de los seres económicamente débiles. En otros países diversas disposiciones establecen los distintos seguros, a saber :

- a) Accidentes y enfermedad profesional
- b) Enfermedad no profesional
- c) Maternidad
- d) Vejez
- e) Invalidez
- f) Muerte y cesantía

Nuestra ley que es un verdadero código del Seguro Social, abarca a todos aquellos sistemas en forma unificada, fue un gran progreso en aquella época en el mundo". (8)

"El Seguro Social puede asumir dos formas: La voluntaria y la Obligatoria. La Ley del Seguro Social establece el sistema forzoso. El Seguro es voluntario cuando el Patrón y el Obrero no tienen la obligación de acogerse al sistema, y es compulsivo cuando no queda al libre albedrío del trabajador y empleador asegurarse, sino que la ley les ordena someterse al régimen, sancionando la omisión. El seguro potestativo no ha sido efi-

ciente, porque no existe la previsión en la masa trabajadora, - o no tiene por lo menos, hondas raíces, y es que al operario le tiene que costar un gran esfuerzo sacrificar una parte de sus - emolumentos para afrontar las eventualidades.

Según Jay, los seguros sociales deben ser obligatorios, porque de no tener tal carácter no lo serán, Sachet sostiene por su - parte, que al hacer forzoso el seguro se hace higiene social, - que como la higiene sanitaria acrecienta el bienestar de la hu- manidad. García Oviedo dice que la imprevisión del obrero hay - que atajarla con el seguro obligatorio.

De acuerdo con nuestra ley del seguro social, están obligados - a asegurarse :

- a) Los trabajadores de empresa privada, estatales y de adminis- tración obrera o mixtas, cualquiera que sea su forma jurídica.
- b) Los socios de cooperativas de producción, los socios de so- ciedades de crédito agrícola o ejidal.
- c) Los ejidatarios y comuneros, los pequeños propietarios agrí- colas y ganaderos, que sean campesinos independientes.
- d) Los operarios libres, como profesionistas, artesanos y pe- queños comerciantes". (9)

A.- CARTA INTERNACIONAL AMERICANA DE
GARANTIAS SOCIALES DE 1948

"Bogotá es punto de partida de nuevo progreso de la legislación social interamericana, que se proyecta en todo el mundo. La carta Internacional Americana de garantías sociales, aprobada en Bogotá el 30 de abril de 1948, es modelo de derechos sociales de carácter internacional". (1)

Unificados en los conceptos de que uno de los objetivos principales de la organización internacional presente es el logro de la cooperación de los diversos estados en la solución de los problemas del trabajo, y que es de interés público desde el punto de vista internacional, la expedición de una legislación social lo más completa posible que de a los trabajadores garantías y derechos en escala no inferior a la indicada en las convenciones y recomendaciones de la organización internacional del trabajo". (2)

Conformes en que la cooperación económica, tan esencial para las repúblicas americanas, no puede ser verdaderamente efectiva a menos que se tomen medidas para asegurar los derechos de los trabajadores y se modifiquen favorablemente, tanto como sea factible, las condiciones de vida como las condiciones de empleo". (3)

- 1.- TRUEBA URBINA, (XVII) p. 317
- 2.- TRUEBA URBINA, (XVII) p. 316
- 3.- TRUEBA URBINA, (XVII) p. 318

"Así tenemos el capítulo PREVISION Y SEGURIDAD SOCIAL que nos dice :

Art.28.-Es deber del estado proveer en beneficio de los trabajadores medidas de previsión y seguridad sociales.

Art.29.-Los estados deben estimular y proveer la existencia de centros recreativos y de bienestar que puedan ser aprovechados libremente por los trabajadores.

Art.30.-El estado, mediante normas adecuadas, debe asegurar la higiene, seguridad y moralidad en los lugares de trabajo.

Art.31.-Los trabajadores, inclusive los trabajadores agricolas, los trabajadores a domicilio, los trabajadores domésticos, los empleados públicos, los aprendices aunque no reciban salario y los trabajadores independientes cuando su afiliación fuese posible, tienen derecho a un sistema de Seguro Social obligatorio orientado a la realización de los objetivos siguientes :

- a) Organizar la prevención de los riesgos cuya realización priva al trabajador de su capacidad de ganancia y de sus medios de subsistencia.
- b) Restablecer lo más rápido y completamente posible, la capacidad de ganancia perdida o reducida como consecuencia de enfermedad o accidente.
- c) Procurar los medios de existencia en caso de cesación o interrupción de la actividad profesional como consecuencia de enfermedad o accidente, maternidad, de invalidez temporal o por-

manente, de cesantía, de vejez o muerte prematura del jefe de familia.

El Seguro Social obligatorio deberá tender a la protección de los miembros de la familia del trabajador y establecer prestaciones adicionales para los asegurados de familia numerosa.

Art.32.-En los países donde aún no exista un sistema de seguro o previsión social, o en los que, existiendo éste, no cubra la totalidad de los riesgos profesionales y sociales, estarán a cargo de los empleadores, prestaciones adecuadas de previsión y asistencia.

Art.33.-La mujer trabajadora tendrá derecho a un descanso remunerado no inferior a seis semanas antes y seis semanas después del alumbramiento, conservación del empleo, atención médica, para ella y el hijo y subsidio de lactancia.

Las leyes establecerán la obligación de los empleadores a instalar y mantener salas-cunas y guarderías infantiles para los hijos de los trabajadores.

Art.34.-Los trabajadores independientes tienen derecho a la cooperación del estado con el objeto de incorporarse a las instituciones de protección social, que se organicen para reconocerles prestaciones iguales a los de los trabajadores asalariados. Igual derecho compete a las personas que ejerzan profesiones liberales y que no se hallen en una relación de dependencia frente a terceros". (4)

"La suprema ley social de América es un derecho nuevo para el hombre social y para la clase obrera, que desenvuelve progresivamente los principios formulados en Versalles y Santiago de Chile y en la carta de San Francisco. Es un instrumento que honra a nuestro continente y al mundo, porque la nómina de derechos sociales es muy completa, hasta garantizar con amplitud la libertad de asociación profesional". (5)

B.- GOBIERNO DEL PRESIDENTE LOPEZ MATEOS

"El 1o de diciembre de 1958 el señor licenciado Adolfo López Mateos, presidente de los Estados Unidos Mexicanos, designó al señor licenciado Benito Coquet, director general del Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta designación del ejecutivo mereció la atención y el consenso general, fue recibida con beneplácito entre los funcionarios del instituto y el sindicato. Este acto del señor presidente, fue comentado favorablemente por casi todos los principales diarios de la nación, donde se expusieron los relevantes méritos del funcionario público del nuevo director general.

Es indudable que el Instituto Mexicano del Seguro Social es una de las instituciones más nobles de la revolución mexicana. Su marcha no se detendrá y por toda la república van a espar--

cirse clínicas, hospitales, farmacias, guarderías, centros de bienestar social, siendo una victoria del estado mexicano y una magnífica muestra de lo que puede el hombre de hoy, que estimula el genio de la raza.

Es deseable que el sistema de seguridad social continúe abarcando más en extensión y absorbiendo más riesgos hasta llegar a un funcionamiento integral. Entre las formas nuevas que trajo frente al estado liberal el socialismo de estado, la seguridad social representa el sentido más noble de la solidaridad, que la conveniencia humana puede ofrecer contemporáneamente, hasta el grado de constituir casi un dogma que se extiende por todas partes del mundo.

Una de las instituciones más jóvenes, de cuantas tuvieron su origen en las leyes posteriores a la revolución, es el Instituto Mexicano del Seguro Social, que dejó atrás los años de incertidumbre para desenvolverse con lozanía rodeado del respeto y la cooperación de trabajadores y empresarios. Este es uno de los caminos hacia la justicia social, que exige un reparto menos inequitativo cada día de los bienes materiales y de los beneficios que la cultura debe derramar sobre nuestro pueblo.

La connaturalización de la seguridad social, en todos los ámbitos de la república, es un fenómeno humano, sociológico, indudable. El pueblo, las organizaciones, las autoridades munic-

pales y los gobiernos de los estados de continuo, piden su consentimiento en municipios o regiones no protegidas, y donde esta funciona, se trabaja con ahínco para alcanzar el máximo de superación posible. La seguridad se encuentra en el congreso de Chilpancingo de 13 de septiembre de 1913, en las leyes de reforma, en la Constitución Política de 1917, que dio cima a las ideas de la revolución mexicana y en el ideario del Partido Revolucionario Institucional.

Será posible y es viable conseguir el funcionamiento pleno o perfecto de la seguridad social, cuando el estado, los empleadores y los trabajadores, cumpliendo con sus obligaciones y haciendo uso legítimo de sus derechos, exijan a los servidores de la seguridad social que, concierdes de la responsabilidad contraída, hagan funcionar con eficiencia el sistema.

1.- SERVICIOS MEDICOS

Ya sobre las normas la dirección general del Instituto Mexicano del Seguro Social, expuso ideas rectoras, tendientes a precisar el programa de trabajo y las funciones de los médicos, dentro de un nuevo enfoque de la seguridad social para organizar una lucha continua e incesante en contra de la insalubridad. Esta exposición conceptual puede comprenderse así :

a) El sistema de seguridad social ha originado cambios fundamentales en el ejercicio y en el concepto de la profesión médica, el médico que presta sus servicios en el Instituto Mexicano del Seguro Social, ya no puede actuar con el viejo cri-

terio de las llamadas profesiones liberales.

b) Un nuevo concepto se ha introducido en el campo del ejercicio médico nacional, el de la medicina social, que trae consigo nuevas responsabilidades, otros propósitos y una suma de recursos materiales y espirituales que ensanchan, acrecientan y ennoblecen la actividad médica.

Ha tocado ser al Seguro Social la Institución en la que el cumplimiento del deber individual trae consigo la solidaridad colectiva para responder, proteger y amparar al trabajador en la enfermedad o en el infortunio, crear condiciones propias para su bienestar, permitir el goce de prestaciones que favorezcan el desarrollo individual, familiar y colectivo, como justa respuesta a los esfuerzos que el trabajador destina en la formación de nueva riqueza, y en la paz social sólo es posible mantenerla compartiendo la riqueza entre todos, distribuyendo mejor el producto nacional para consolidar y ampliar los caminos del bienestar, de la libertad, de la dignidad y de la solidaridad social.

2.- RIESGOS PROFESIONALES

Bajo esta designación se consideran los accidentes y las enfermedades originadas en el trabajo. En México se encuentran sin sin interposición, protegidos por la ley federal del trabajo y por la ley del seguro social.

La ley federal del trabajo define en artículos específicos el -

concepto de accidente y de enfermedad profesional.

Art.285.- Accidente del trabajo es toda lesión médico-quirúrgica o perturbación psíquica o funcional, permanente o transitoria, inmediata o posterior, o la muerte, producida por la acción repentina de una causa exterior que pueda ser medida, sobrevenida durante el trabajo, en ejercicio de éste o como consecuencia del mismo; y toda lesión interna determinada por un violento esfuerzo, producida en las mismas circunstancias.

Art.286.- Enfermedad profesional es todo estado patológico que sobreviene por una causa repetida por largo tiempo como obligada consecuencia de la clase de trabajo que desempeñó el obrero o del medio en que se ve obligado a trabajar, y que provoca en el organismo una tensión o perturbación funcional permanente o transitoria, pudiendo ser originada esta enfermedad profesional por agentes físicos, químicos o biológicos.

Durante los últimos 25 años, los riesgos profesionales se han operado predominantemente bajo la protección de la Ley del Seguro Social.

Por evolución histórica, forman la parte más antigua e importante del régimen mexicano de seguridad social y del mundo.

La experiencia mexicana, en operación de los riesgos profesionales, ha sentado tesis científicas valiosas de americanidad.

La inclusión de esta rama de riesgos dentro de la Ley del Seguro Social, se hizo 26 años después de promulgada la Ley Federal del Trabajo, que dio al sector patronal la responsabilidad de -

estos riesgos y constituyo uno de los motivos más recios de -
obstaculos o tensiones con el sector patronal para conseguir -
incluirla dentro del Seguro Social.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social se le encomendó redac- -
tar la ponencia de riesgos profesionales, que había de discu- -
tirse y aprobarse en la segunda conferencia interamericana de
seguridad social, que se celebró en Río de Janeiro del 10 al 22
de noviembre de 1947, hecho que dio origen a lo que el mundo -
estudioso de la seguridad social denominó LAS RECOMENDACIONES -
DE RIESGOS PROFESIONALES DE RIO DE JANEIRO.

Estas resoluciones estuvieron y han estado en boga durante más
de 20 años, y apenas han sido completadas y superadas, en al- -
gunos puntos, con las derivadas del primer congreso interame- -
ricano de prevención de riesgos profesionales convocado por la
comisión regional americana de prevención de riesgos, y la se- -
gunda reunión de esta propia comisión, organizadas por el Ins- -
tituto Mexicano del Seguro Social, que se realizaron en la ciu- -
dad de México, del 1 al 7 de Diciembre de 1963.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, ésta activi- -
dad sigue su marcha y adquirió particular interés un plan de -
reorganización que tendió a superar el sistema de calificación
de la profesionalidad y contabilización de los subsidios, por -
incapacidad temporal mejorando el control y la atención a las -
enfermedades profesionales; el sistema de valuación de incapaa- -
cidad permanente; procediendose a elaborar un sistema completo

de investigación sobre las condiciones en que ocurren los accidentes de trabajo; perfeccionándose las series estadísticas, y se intensifica el trabajo de clasificación de las empresas para disminuir los altos índices de riesgos, y se elaboró un instructivo sobre rehabilitación profesional.

C.- REFORMA A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL
DE 31 DE DICIEMBRE DE 1959

El Licenciado Benito Coquet, director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, el 21 de Diciembre de 1959 envió al H. Congreso de la Unión las reformas a la Ley del Seguro Social, enfatizó su alcance manifestando que beneficia esencialmente a los derechohabientes, aumentan las prestaciones en dinero a que tienen derecho los asegurados, mejoran los servicios médicos, extienden el régimen de seguridad social a los trabajadores urbanos independientes, como artesanos, pequeños comerciantes, profesionistas libres y similares, así como a los campesinos asalariados y a los miembros de las sociedades de crédito agrícola y ejidal, para estos últimos grupos, se establece para garantizar su aseguramiento ciertas normas relacionadas con los bancos agrícola y ejidal.

Estas reformas a la ley, tienen la dignidad de coordinar el sistema mexicano a las normas mínimas de seguridad social que establece el convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo, aprobado en su 35a. reunión en 1952, que México fue el primero en ratificar entre los países del continente ameri--

cano y con ello realizó la décima ratificación mundial, de uno de los instrumentos más trascendentales para hacer imperar la justicia social.

Desde la promulgación de la Ley Mexicana del Seguro Social el 19 de Enero de 1943, México incluyó siete de los nueve riesgos de que se ocupa el convenio de las normas mínimas de seguridad social y en 1956 se estableció en México por primera vez en el mundo, la nueva rama de la seguridad social". (1)

D.- REFORMA DE 1973

Las garantías sociales consignadas en el texto constitucional, y en particular las disposiciones del artículo 123, están fundadas en el principio de considerar al hombre como miembro de un grupo social y no como un sujeto abstracto de relaciones jurídicas. Conforme a esta aceptación se estructuran en México: El derecho del trabajo, la seguridad social y, en el sentido más amplio, todos nuestros sistemas de bienestar colectivo.

Aunque el régimen instituido por la fracción XXIX del artículo 123 constitucional tiene por objeto primordial establecer la protección del trabajador, su meta es alcanzar a todos los sectores e individuos que componen nuestra sociedad.

Las relaciones laborales mejor definidas legalmente constituyen el punto de partida para extender los beneficios de la seguridad social a otros núcleos económicamente productivos, -

hasta alcanzaren alguna medida, a los grupos e individuos marginados cuya propia condición les impide participar en los sistemas existentes".(1)

"Durante los últimos lustros hemos tenido un alto crecimiento económico pero ha sido inequitativa la distribución del producto nacional. Es por ello que el gobierno de la república se esfuerza en reorientar la estrategia general del desarrollo sobre bases socialmente más justas.

Múltiples actos de gobierno e iniciativas de ley, testimonian la voluntad del ejecutivo en el sentido de fortalecer el desenvolvimiento de las empresas nacionales. Pero ello no será posible dentro de un esquema de crecimiento que todo lo supedita a las necesidades de la capitalización.

La sociedad industrial que México construye no podrá afianzarse ni prosperar si no mejora el nivel de vida de los trabajadores.

La seguridad social, como parte de esa política, precisa ampliarse y consolidarse, no sólo por el imperativo de propiciar el bienestar de la comunidad, sino como exigencia económica, pues la redistribución de la riqueza que promueve, no frena el crecimiento, sino por el contrario, lo impulsa de manera real y sostenida. Mientras el hombre no disponga de ele-

1.- LEY DEL SEGURO SOCIAL, (XVIII) p. 15

mentos para superar sus limitaciones materiales y culturales, -
no podrá alcanzar su plena productividad". (2)

"La iniciativa no sólo sustituye la terminología tradicional de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por los -
riesgos de trabajo, que es la empleada por la vigente ley la -
boral, sino que amplía dicho concepto, no restringiéndolo a -
trabajadores subordinados, para comprender a diversos sujetos -
de aseguramiento sobre la base de un riesgo socialmente crea -
do, cuyas consecuencias una vez realizado éste, deben ser so -
cialmente compartidas. De ésta manera, al darse un siniestro, -
el mecanismo de la solidaridad social auxilia y protege al ser humano afectado en su salud y en sus ingresos, ya sea un traba -
jador subordinado o independiente o bien un patrón indivi -
dual".3

1.- SEGURO EN LOS RIESGOS DE TRABAJO

"Se entienden los accidentes y las enfermedades a que están ex -
puestos los trabajadores en ejercicio o con motivo de trabajo.
Accidente de trabajo es toda lesión orgánica funcional inmedia -
ta o posterior, o la muerte producida repentinamente en ejer -
cicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y -
el tiempo en que se presente. También se considera accidente de
trabajo el que se produzca al trasladarse el trabajador direc -
tamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de éste, a

3.- LEY DEL SEGURO SOCIAL, (XVIII) p. 23

aquel.

Enfermedad de trabajo, es todo estado patológico derivado de la acción continúa de una causa que tenga su origen en el desempeño de un trabajo, o en el medio que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios". (4)

2.- ENFERMEDAD NO PROFESIONAL

Es aquella que se deriva de defectos, agotamiento físico o mental, o bien cuando se padezca una afección o se encuentre la persona en estado de invalidez permanente que le impida trabajar.

3.- SEGURO DE MATERNIDAD

Es el disfrute de una prestación cuando la mujer se encuentra en estado de embarazo y que el Instituto Mexicano del Seguro Social lo haya certificado, así como la fecha probable del parto. Lo que servirá de base para el computo de los 42 días anteriores a aquel, para que disfrute del subsidio que le otorga la ley del I.M.S.S., así como tener derecho a todas las prestaciones médicas desde la concepción hasta el nacimiento del nuevo ser.

4.-SEGURO DE INVALIDEZ

El trabajador asegurado que con motivo del trabajo se encuentre en estado de invalidez tendrá derecho: a una pensión, temporal o definitiva, asistencia médica, a una asignación familiar y a

4.- LEY DEL SEGURO SOCIAL, (XVIII) p. 24

una ayuda asistencial. Para gozar de las prestaciones del seguro de invalidez se requiere que al declararse esta, el asegurado tenga acreditado el pago de las cotizaciones semanales como marca la ley del Seguro Social.

SEGURO DE VEJEZ

Para tener derecho al goce de las prestaciones del seguro de vejez se requiere que el asegurado haya cumplido 65 años de edad y tenga reconocidas por el seguro un mínimo de 500 cotizaciones semanales. Este seguro le da derecho a la pensión, a la asistencia médica, a las asignaciones familiar y a la ayuda asistencial.

El Instituto Mexicano del Seguro Social elabora un balance actuarial relativo a los seguros facultativos y adicionales, individuales o de grupo, en los términos o plazos fijados para la formulación del balance actuarial de los seguros obligatorios.

5.-SEGURO DE CESANTIA EN EDAD AVANZADA

La cesantía en edad avanzada es cuando el asegurado quede privado del trabajo remunerado, después de los 60 años de edad y tendrá derecho a una pensión, a la asistencia médica, a la asignación familiar, a la ayuda asistencial y al seguro de muerte. Cuando ocurra la muerte del asegurado o del pensionado por invalidez, el I.M.S.S. otorgará a sus beneficiarios las siguientes prestaciones:

Pensión de viudez, pensión de orfandad, pensión a los ascen-

dientes ayuda asistencial y ayuda médica". (5)

Podemos decir que la seguridad social nace como un todo armónico entre los individuos. Así nos damos cuenta que desde los tiempos remotos las civilizaciones se han preocupado por la seguridad social. La forma instintiva de luchar por su seguridad obligó al hombre a vivir en grupos con la idea del bienestar común en todo los aspectos, como el pastoreo, la domesticación de animales y el cultivo de plantas, logra tener con esto seguridad sobre su alimentación.

En el pueblo Griego existieron organizaciones encargadas de socorrer a la población y a menesterosos. En Roma existieron los colegios de artesanos que mediante el pago que hacían los asociados de una cuota se cubría a los beneficiarios en los gastos de sepelio.

En el siglo pasado es Alemania donde se crea el Seguro obligatorio para todos los trabajadores amparados por el Estado, es donde se instituye el Seguro para riesgos de enfermedad y posteriormente el de accidentes.

De ahí otros países tomaron la experiencia de Seguridad Social de Alemania como Francia, Dinamarca, Inglaterra etc.

Ya en este siglo los países del mundo se empiezan a preocupar en el bienestar y el futuro del trabajador, se empiezan a hacer estudios, se hacen propuestas y se empieza a legislar sobre Seguridad Social. Empiezan a surgir en los diferentes paí-

ses leyes sobre los Seguros Sociales.

Podemos darnos cuenta que en la U.R.S.S. por ejemplo, que después del triunfo de la revolución, se hicieron reformas al Seguro Social, así tenemos que todos los ciudadanos sin excepción, cualquiera que sea su nacionalidad, raza, sexo o religión gozaban de asistencia, ya que existían diferentes tipos de pensión.

En México, los diferentes gobiernos que existieron antes y después del movimiento armado de 1910-1917 se preocuparon por el bienestar del trabajador (obrero) ya que éste era el más desprotegido.

Podemos afirmar que la preocupación que existía en los diferentes Estados de la República hizo que con el triunfo del movimiento armado de 1917 se expidiera la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, esta en su artículo 123 fracción XXIX que nos habla de la necesidad de existir cajas de seguros sobre invalidez, vida, cesación etc., y es en esta Constitución en que América Latina y Europa se inspiraron para legislar en materia de Seguridad Social.

Después de la reforma de 1929 a la fracción XXIX del artículo 123 Constitucional se toma como base jurídica para la creación del Seguro Social con carácter obligatorio.

Pero es hasta el año de 1943 en el mes de Enero cuando se publica en el Diario Oficial de la Federación la Ley del Seguro Social creándose como consecuencia, el Instituto Mexicano del

Seguro Social.

Desde la fecha de la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social a la actualidad, han existido reformas a la Ley pero éstas siempre han sido con el carácter de proteger al trabajador, o sea, con el fin de dignificar tanto al trabajador activo, al pensionado y al jubilado.

C A P I T U L O I V
D E F I N I C I O N D E L S E G U R O

"El seguro puede ser definido, en un concepto amplio, como la -
garantía que uno da a otro contra alguna pérdida accidental.
Es un contrato por el cual, mediante un cierto precio, el a -
segurador se compromete a compensar al asegurado, si este úl -
timo sufre una pérdida.

El seguro es un contrato por la cual una de las partes, en con -
sideración a un precio, que a ella se le paga, adecuado al -
riesgo, da la seguridad a la otra parte de que ésta no sufrira
perdidas, daño o perjuicio por el acaecimiento de los peligros
especificados sobre ciertos peligros a puedan estar expues -
tos".1

"Podríamos, entonces, definir el seguro como un instrumento so -
cial por el que se hacen acumulaciones que sirven para enfren -
tarse a pérdidas inciertas de capital, lo que se lleva a cabo -
transfiriendo los riesgos de muchos individuos sobre una perso -
na o sobre un grupo de personas. Siempre que haya una acumula -
ción para pérdidas inciertas, o una transferencia de riesgo, -
tendremos uno de los dos elementos del grupo, solamente cuando
estos dos elementos se han reunido, al combinarse los riesgos -
de un grupo, tendremos completo el seguro.(1)

1.- MAGEE JONH, (XI) p. 426
1.- MACLEAN JOSEPH, (X) p. 365

A.- EL CONTRATO DE SEGURO

"Desde que el hombre ensayo la vida en comunidad, sintio la necesidad de protegerse contra las consecuencias que podrían acarrearle acontecimientos dañosos, y fue inventando, a través de la historia, instrumentos jurídicos para solucionar tales consecuencias. Así, en el código de hamurabi se establecia que si en alguna ciudad, una persona sufría un robo, la ciudad debería reponer su pérdida, y que si un hombre era muerto en defensa de una ciudad, su familia debería ser indemnizada por el tesoro público.

En el talmud se dan los trazos de una organización marinera que indemnizaba a los marinos que perdían sus barcos. Los Fenicios inventaron el préstamo a la gruesa por medio del cual el prestamista asumía el riesgo de la navegación, ya que sólo podía cobrar el importe de su crédito si la mercancía que lo garantizaba llegaba a feliz arribo.

Entre los egipcios se formaban ciertas sociedades mutualistas para proveer a los ritos funerarios del socio que falleciera, e instituciones semejantes, basadas en el principio de la ayuda mutua, las encontramos en Grecia, Roma, la india, china, y en casi todos los pueblos antiguos.

Pero el seguro bajo forma de contrato que tiene por objeto la transferencia de un riesgo que originalmente incidía sobre la cabeza de una de las partes (asegurado) a la otra parte (asegu-

rador), es una institución jurídica que se origina en la edad media en las ciudades marítimas italianas. Las primeras leyes aparecieron en Génova(1369), Florencia(1393), Venecia(1468), y al extenderse el comercio marítimo aparecieron en la Península Ibérica monumentos legislativos como el consulado del mar -- (1424), las ordenanzas de burgos (1538), Sevilla (1556) y las -- muy notables de Bilbao (1569)". (1)

"En el siglo XIII los comerciantes lombardos importaron a - Inglaterra el seguro, y poco a poco Londres fue convirtiéndose en el centro de los seguros del mundo occidental. Las primeras pólizas inglesas se redactaron en italiano, luego fueron bilingües (en Italiano e Inglés). La primera póliza bilingüe data de 1545 pero es casi completamente ilegible, y la primera legible data de 1548.

Con el incendio de Londres en 1666, el seguro avanza del campo marítimo al terrestre, con la famosa Lloyd de Londres surge en 1686 la más poderosa empresa aseguradora y en 1774, con la - Gambling Act. se autoriza el seguro sobre la vida de las personas que inicialmente estuvo prohibido por consideraciones morales.

Con la unión de los aseguradores individuales en la Lloyd, que se distribuían entre sí los riesgos que consumían con la celebración de los contratos individuales, se convierte el seguro - en contrato masivo y la empresa aseguradora se mercantiliza en

1.- CERVANTES AHUMADA, (III) pp. 574 Y 575

sus funciones ya que se convierte en la intermediaria en el fenómeno de la distribución de las consecuencias económicas de los riesgos.

Como indicamos ya, el seguro moderno esta construido sobre bases técnicas que hacen del seguro el más seguro de los contratos, ya que las empresas aseguradoras desempeñan la función comercial pública de intermediarios en la distribución de las consecuencias económicas de los riesgos, si se trata del seguro de cosas, llamado de daños por la generalidad de la doctrina y por nuestra ley.

En su primera etapa histórica, el seguro marítimo, como indicamos ya, fue un seguro de daños indemnizatorio. En Inglaterra aparece en el siglo XVIII el seguro sobre la vida de las personas y el campo general del seguro se divide en dos: Seguro de Daños y Seguro de Personas.

a) Seguro sobre la vida de las personas.- El seguro sobre la vida de las personas aparece en Inglaterra en el siglo XVIII. Se reconoció con la autorización que dio la Reyna Ana para la constitución y funcionamiento de la Amicable Society en 1774. De Inglaterra se extiende a los países continentales europeos y después de sufrir prohibiciones en algunos países, bajo la consideración de que es inmoral traficar sobre la vida de las gentes.

Un fuerte sector de la doctrina ha tratado de construir un concepto unitario, pretendiendo encontrar el elemento indemniza-

torio y el interés jurídico económico, que son esenciales en los seguros personales. Entre nosotros la disputa doctrinal no tiene gran relevancia, ya que como vimos al estudiar el artículo primero de la ley sobre el contrato de seguro, nuestro ordenamiento establece una regulación sobre el supuesto de la dualidad del campo, y tal dualidad se reitera en el artículo 152 que dice: El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este título o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida derivada del siniestro". 1

b) "Las Ordenanzas de Seguros de Barcelona :

La primera ordenanza sobre el seguro lleva la fecha de 21 de Noviembre de 1435 y constituye, la primera regulación del contrato de seguro que ha aparecido en el mundo.

Esta ordenanza de 1435 fue redactada por las autoridades directoras de la ciudad de Barcelona que se denominaban CONCELLERS, y en ella se recogen junto a normas de carácter público, normas puramente privadas que disciplinan el contrato de seguro marítimo.

Estas normas, sin duda, se vieron influidas por los usos existentes en la ciudad de Barcelona, en la que, seguramente desde la segunda mitad del siglo precedente, se practicaba el contrato de seguro marítimo, al parecer a imitación de lo que desde

la primera mitad de ese mismo siglo se hacia en algunas plazas Italianas.

En su primera edición se dan normas como la que establece la necesidad de que el contrato se haga por escrito, que el valor del seguro no sea superior a la suma asegurada dejándose un cuarto a riesgo del propio asegurado, se prohíbe el seguro doble, se dan normas sobre el pago de la indemnización, etc.

Esto es, aparecen en esas ordenanzas preceptos que, en su esencia, se repiten posteriormente en todas las compilaciones relativas a los seguros y perduran en nuestros días.

c) Ordenanzas del Consulado de Burgos :

En 1538 se aprueban por Carlos I las ordenanzas generales del consulado de Burgos, cuya parte sustantiva se dedica exclusivamente al seguro marítimo.

Lo que Barcelona había hecho para el mediterráneo, Burgos lo hizo para el océano. Burgos recogió la tradición Levantina acomodándola a unos usos y costumbres marítimas diferentes, su originalidad, por tanto, es manifiesta dentro de tal filiación.

Las ordenanzas de Burgos exigen, como las de Barcelona, que el contrato de seguro se haga por escrito, pero además requieren, en forma similar al estatuto de Florencia de 1526, que intervenga el escribano de la Universidad de Mercaderes. La falta de esta intervención priva a la póliza de validez ante la jurisdicción consular. De esta manera se pretendía cuidar la buena

contratación de los seguros y que estos se adaptasen a lo dispuesto en las ordenanzas lo cual se consiguió aún más con el sistema adoptado por la propia ordenanza de 1538.

Estas ordenanzas, como todas las de la época, regulaban sólo el seguro marítimo, y en él estaba prohibido que el seguro pudiese recaer sobre la vida de los tripulantes y pasajeros, prohibición que se repite posteriormente y llega a los códigos del siglo XIX. Estos seguros se practicaron al modo de brujas y parece ser que también existen ejemplos en otros países, especialmente en Francia e Italia. Los seguros de vida se hacían para el caso de muerte de una persona dentro de un periodo breve, seis meses o un año, sólo podía realizarse el seguro sobre la cabeza de una persona con relación a la cual el beneficiario tuviese un interés. Sin embargo, en algunos contratos de Burgos se eximía al beneficiario de la obligación de probar la existencia de ese interés, lo cual dio pie a la posibilidad de que se diesen contratos sin tal interés. Pero en tal caso esos contratos no eran de seguro, sino simplemente una apuesta.

d) Ordenanzas de Bilbao :

Bilbao consiguió el consulado, con su consiguiente jurisdicción especial, en 1511, y en pocos años después 1520 este consulado redactó unas ordenanzas de seguros, pero no tuvieron valor, quedándose en simple proyecto porque no consiguieron la aprobación real. Estas ordenanzas, que regulan juntamente el Derecho Mercantil Terrestre y Marítimo, se extendieron voluntariamente

a casi todo el territorio español, con exclusión de las ciudades de la antigua Corona de Aragón, en las que, en parte, se continuaba aplicando el consulado del mar. Esta difusión de las ordenanzas basada en su bondad, se produjo no sólo en el territorio metropolitano, sino también por las tierras españolas de América". (1)

e) Inglaterra, Francia y Suiza :

"La Reyna Isabel de Inglaterra otorgó en el año 1574 una concepción a Richart Chandler para realizar y registrar todas las pólizas de seguros que se extendieran sobre navíos, mercaderías o sobre cualquier otra cosa, en la Royal Exchange, de Londres.

A base de la concesión de la Reyna Isabel estableció Chandler una cámara de seguros semejante a las que existían en Barcelona y en Brujas desde los siglos XII y XIV respectivamente, cámara que tenía por objeto dejar constancia de las condiciones de todo contrato de seguros y servir de árbitro en caso de litigio posterior. El gran incendio ocurrido en Londres en el año 1666 destruyó esta cámara y sus archivos, por cuya razón ha quedado sumido en penumbras el desarrollo experimentado por el seguro en Inglaterra hasta esa época. Sin embargo pudo rescatarse, por alguna circunstancia desconocida, una póliza espe-

cificamente de seguro de vida fechada en Londres el 18 de Junio de 1853, que es el documento concreto más antiguo que se conoce.

La primera compañía de seguros de vida organizada de que se tiene noticia es la "Sociedad de Seguros para Viudas y Huerfanos", (The Society of Assurance for Widows and Orphans), fundada en Inglaterra en 1699. Esta sociedad fué el primer modelo sobre el cual se estructurarían luego las compañías mutuales de seguro de vida. El desarrollo del seguro de vida en Francia, aunque estrechamente ligado a su evolución en Inglaterra, siguió una marcha más lenta, que puede atribuirse a varias causas, entre ellas la idiosincrasia distinta de ambos pueblos, la sombra de la célebre Ordenanza de la Marina de 1681, que prohibía los seguros sobre la vida.

A principios del siglo XIX, sin embargo, el seguro de vida comenzó a afianzarse en Francia, a pesar de la influencia negativa del pensamiento clerical. La primera institución concretamente especializada fue la Compagnie Royale d'Assurances per la vie, fundada en 1787, a la que el consejo de Estado concedió la respectiva autorización junto con un privilegio por cincuenta años. Otros países de Europa en que el seguro de vida ha experimentado notable auge es Suiza. Hubo de transcurrir por cierto mucho tiempo antes de que pudiera afirmarse allí, pues los primeros ensayos realmente serios datan de los últimos treinta

años del siglo XIX. La Allgemeine Schweizerische Erbwitwen und Alterkasse (Caja Nacional Suiza para las Sucesiones, las Viudas y la Vejez), fundada en 1840 por el comité de dirección de los comerciales en San Gall.

Mientras tanto, siguieron operando en Suiza una veintena de -
agencias de compañías Francesas, Alemanas e Inglesas, lo que -
demuestra que la necesidad del seguro se hacia sentir verdade--
ramente. Luego de minuciosos estudios se creó en Zurich, en -
1857, la Société Suisse de Rentes, que contaba con la garantía
del crédito Suizo, fundado en 1856". (2)

"Siguiendo en orden a Inglaterra, Alemania es el país en que -
los principios del seguro de vida, experimentaron más franco -
desarrollo. La principal difusión se produjo a partir de las -
guerras Napoleónicas, en 1806, un siglo después de haberse fun--
dado en Inglaterra la Amicable of London, la compañía de segu--
ros de vida más antigua del mundo.

A la terminación de las guerras Napoleónicas el seguro de vida
comenzó a desarrollarse en Alemania. Cundió la idea de que se -
hacia necesario formar empresas puramente Germanas, Arnoldi -
comenzó en 1826 una activa campaña para la formación de una -
compañía en el ducado de Gotha, la cual dio como resultado, en
1829, el nacimiento de la primera empresa de seguros netamente
Germana, Die Lebensversicherungsbank Für Deuthschland in Gotha)
Banco de seguros sobre la vida para Alemania en Gotha.

2.- SUBIRAT SALAS, (XV) pp. 165 Y 166

En la misma época fue fundada Die Deutsche Lebens Versicherungs Gesellschaft (Compañía Alemana de Seguros de Vida), en Lubeck. Era una sociedad anónima mixta y en su origen distribuía una parte de sus beneficios a los asegurados cada siete años. Más tarde ese período fue acortado a cuatro años. A mediados del siglo XIX existían en Alemania 12 compañías de seguros de vida y en Inglaterra 152.

Desde el año 1911 actúan en Alemania, además de las sociedades anónimas y mutualidades, entidades aseguradoras públicas.

f) Los Estados Unidos :

El seguro de vida de grupo se originó, en los primeros años del presente siglo, como un reemplazo científico de la antigua práctica de "pasar el sombrero" para beneficio de la viuda de un compañero de trabajo y de sus hijos. El concepto básico se ha ampliado, y el término seguro de grupo, cubre ahora una amplia gama de programas de seguros con ciertas características comunes. Bajo el plan de grupo de vida para proporcionar seguro, un gran número de personas quedan aseguradas bajo una póliza maestra única, sin examen médico y a un costo bajo, generalmente, en el plan temporal renovable a un año.

Los principios que forman la base fundamental del seguro colectivo son los mismos que los del seguro de vida ordinario, siendo el grupo, sin embargo, la unidad de selección en vez de la vida individual. La compañía de seguros establece varias normas

de aseguramiento para la selección de grupos que ha de asegurar y para la determinación del programa de seguros que ofrecerá con base en las primas. Siempre que cada grupo, sea cuidadosamente seleccionado y de que por lo menos el 75% de los empleados elegibles en cada grupo decidan y participen en el seguro, la compañía puede esperar una experiencia promedio de mortalidad asegurando un número suficiente de grupos.

En 1918 la Asociación Nacional (entonces Convención) de Comisionados de Seguros recomendó una definición estandard del seguro de vida de grupo la cual fué adoptada por una mayoría de los estados mayores. Bajo esta definición estandard original el seguro de grupo estaba limitado a empleados de un patrón común y a grupos de por lo menos 50 de dichos empleados. La definición original estandard era corta y sencilla. Cubria los principios básicos del seguro de grupo. Es como sigue :
Se declara por este medio que el seguro de vida de grupo es aquella forma de seguro de vida que cubre no menos de cincuenta empleados con o sin examen médico, suscrito bajo una póliza emitida al patrono, la prima del cual ha de ser pagada por el patrono, o por el patrono y los empleados conjuntamente, asegurando sólo a todos sus empleados, o a todos de alguna clase o clases de empleados determinadas por las condiciones pertinentes al empleo, por importes de seguro con base en algún plan que evite la selección individual, para beneficio de personas excluyendo al patrono; siempre, sin embargo, que cuando la pri-

ma sea pagada conjuntamente por el patrono y el empleado y los beneficios de la póliza se ofrezcan a todos los empleados elegibles, se asegure un número no menor del 75% de dichos empleados.

El primer requisito es que el grupo habrá de contener un número específico de vidas aseguradas, en el caso de arriba 50, pero reducido en las últimas definiciones standard a 10. El objeto de fijar un número mínimo es el de garantizar que los grupos serán lo suficientemente grandes para proporcionar una probabilidad razonable de que se experimentara la mortalidad promedio.

El siguiente requisito de la definición de 1918 era de que las personas aseguradas bajo una póliza de grupo decaerian ser empleados de un patrón común.

El seguro de grupo puede suscribirse con o sin examen médico, pero en la práctica se suscribe sin examen médico. Esta es una característica distintiva y una de las mayores ventajas del plan. En el grupo de por lo menos 10 personas puede que existan algunos que no podrían obtener seguro en condiciones ordinarias, si no es que ninguno, debido a defectos físicos u otras razones; pero en un grupo del tamaño mínimo necesario, consistente de empleados activos que trabajan tiempo completo, puede suponerse, generalmente, que no existe un número desproporcionado de vidas con mala salud. Por lo tanto, el examen médico individual no se necesita, porque es el grupo y no el indivi-

duo el que se selecciona. Además, al eliminar el examen médico se reducen considerablemente los gastos.

La póliza es emitida al patrono, el cual solicita el seguro, - hace el contrato con la compañía de seguros no tiene relación - contractual directa con los empleados, incluso cuando estos - últimos contribuyen al costo del seguro por medio de deducciones de la nómina. La compañía de seguros meramente emite un - certificado a cada empleado manifestando que él o ella son un - miembro del grupo y que están incluidos bajo la protección de - la póliza. El certificado da los particulares acerca del importe del seguro y el nombre del beneficiario que ha de recibir el pago en caso de fallecimiento del asegurado". (3)

B.- ANTECEDENTE EN MEXICO

"ASCENDENCIA ESPAÑOLA.- No por influencia España, sino por natural herencia de la Madre Patria, al realizar México su independencia en 1821, conservó la legislación propia que tenía - cuando fué la Nueva España y que en materia mercantil, estuvo - constituida por las ORDENANZAS DEL CONSULADO DE LA UNIVERSIDAD- DE LOS MERCADERES DE LA NUEVA ESPAÑA, confirmadas por el rey de España el 24 de julio de 1604, en las cuales ya se decía que, - aunque entonces no había empresas aseguradoras en este país, - cuando llegaren a crearse sus operaciones deberían ser regidas por las ORDENANZAS DE SEVILLA. A pesar de que las Ordenanzas de México establecieron que en materia de seguros serían aplica- - bles 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 re- - glamentación del seguro, inspirándose en las Ordenanzas de Se- - villa, 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 aplicán- - dose estas últimas y aún se reconociera esa vigencia en un de- - creto de 1841, hasta que en 1854 se expidió el primer Código de Comercio de México (conocido como Código de Lares, en homenaje a su autor) ordenamiento que tuvo una vida efímera durante el - régimen santanista, para resurgir en el imperio de Maximiliano y después ser adoptado localmente, con muchas vicisitudes, por

varios Estados de la Federación, hasta quedar totalmente des- -
cartado en 1884, al expedirse el Código de Comercio de los Es- -
tados Unidos Mexicanos, el primero de carácter federal.

El 16 de Diciembre de 1892 expidió el congreso una ley sobre -
Compañías de Seguros, en que, aunque muy levemente, se restrin- -
gia también la libertad de comercio, a pesar de declarar lo -
contrario en la exposición de motivos, al someter a las compa- -
ñías de seguros a ciertos requisitos para el ejercicio de su -
actividad, como los contenidos en sus artículos 6o., 7o., 8o.,
9o. y 10., que a la letra dicen :

Art.6o.-Las compañías nacionales de seguros, constituidas o que
se constituyan en la República, garantizarán el cumplimiento de
sus obligaciones para con el público y para con el gobierno, -
por medio de la adquisición de bienes inmuebles dentro del te- -
rritorio de la república, o constituyendo en la Tesorería Ge- -
neral de la Nación, o en el Banco Nacional de México, un depó -
sito bien sea en efectivo o en valores de la deuda pública que
causen el 5% de rédito, cuando menos.

Art.7o.-El monto de ese depósito o del valor de los inmuebles,-
será de \$10,000.00 para toda clase de compañías antes de comen-
zar sus operaciones; pero después del primer año y en los suce-
sivos, servirá de regla el importe de las pólizas que estén vi-
gentes, conforme a las siguientes proposiciones :

- a) Hasta \$ 2'000,000.00 de póliza, \$ 10,000.00
- b) Por cada millón de pesos más de pólizas o fracción de millón

\$ 5,000.00 .

Art.8o.-Las compañías extranjeras de seguro que estén funcionando o se establezcan en la República, constituirán la garantía de que habla el artículo anterior por doble cantidad de la que exige a las compañías nacionales, tomando por base el importe de las pólizas vigentes de la República; pero si alguna compañía prefiere depositar una cantidad fija, podrá hacerlo por la suma que señale la Secretaría de Hacienda, en cada caso, la que no bajará de \$ 50,000.00 .

Art.9o.-Para fijar el valor en que deban estimarse los inmuebles que adquieran las compañías de seguros, así como los términos bajo los cuales deba constituirse la garantía, se observarán las bases que establezcan los reglamentos que expida el ejecutivo.

Art.10.-La Secretaría de Hacienda organizará un servicio de inspección con el personal que estime suficiente para vigilar que las compañías de seguros, cumplan estrictamente a prescripciones de las leyes y reglamentos de la materia.

Este último establece un servicio de inspección y vigilancia de las compañías de seguros, al cual se refiere también la fracción I del artículo 11. Además, el artículo 17 establecía causas de suspensión de las actividades de esas compañías.

Fracción I del artículo 11o.-Al comunicar la Secretaría de Hacienda cada seis meses, un informe sobre las pólizas expedidas, las que hubieren caducado, las que hubieren vencido y pagado, -

ESTA
SALA
DE LA
BIBLIOTECA
NO DEBE
TENER

las primas causadas y las pagadas.

Artículo 17o.-La Secretaría de Hacienda, acordará la suspensión de las compañías de seguros :

a) Cuando sin llenar las formalidades requeridas para funcionar hubiesen comenzado sus operaciones.

b) Cuando dejaren de mantener en las proporciones que fijan los artículos 7o.y 8o. de esta ley, la garantía que están obligadas a constituir según el importe de las pólizas vigentes, siempre que requeridas oficialmente por la Secretaría de Hacienda no cumplieren con ese requisito". (2)

"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, aunque no se limitó, como tampoco lo hizo la de 1910, al derecho administrativo, sino que tuvo numerosas incursiones en materia de derecho privado, tanto por lo que se refiere a la constitución de las sociedades de seguros, cuanto algunos puntos importantes del contrato mismo de seguro.

Independientemente de su reglamento de 25 de noviembre de 1926, fueron numerosas las nuevas disposiciones legislativas que se expidieron hasta principios de 1935, para reformar esta reglamentación legal, que fundada en la segunda excepción que el ar-

titulo 5o. constitucional establece a la libertad de comercio, rígio a las aseguradoras en todos los ramos de seguros, desde 1926 hasta 1935.

En agosto de 1935 se dió el, paso más importante en la evolución del régimen juridico del contrato de seguro de nuestro país, al expedirse la ley todavía vigente y la Ley General de Instituciones de Seguros que, aunque de derecho público, tiene una influencia decisiva en el contrato, por lo siguiente :

a) Artículo 1o.-Las empresas que se organicen y funcionen como instituciones de seguros, quedan sujetas a las disposiciones de esta ley.

Las instituciones nacionales de seguros se regirán por sus leyes especiales y, a falta de estas o cuando en ellas no este previsto, por lo que estatuye la presente.

b) En consonancia con lo anterior, prohíbe a quienes no tengan el carácter de instituciones de seguros, el ejercicio, aun ocasional de la actividad aseguradora, con una sólo excepción que necesita sin embargo, de autorización específica de la Secretaría de Hacienda y de que se realicen los presupuestos de que se trate de que se trate de operaciones que no puedan o no quieran ser realizadas por instituciones autorizadas para operar en el país.

La Ley sobre el Contrato de Seguro de 1935, fue principalmente obra del señor licenciado Manuel Gual Vidal, quien se inspiró en gran parte en la ley federal suiza del contrato de seguro, -

de 2 de abril de 1908, en la ley francesa, también relativa al mismo contrato, de 13 de julio de 1930 y en el Proyecto Mossa, - que sirve de remate al Saggio Legislativo Sul Contratto di - Assicurazione, que publicó en 1931, esta ley.

Los principios básicos son los siguientes :

a) La aceptación plena de la tesis de Vivante acerca del elemento empresa, como esencial específico del contrato, según se desprende de la redacción del artículo 10., así como también de la de todos aquellos que consagran reglas y principios técnicos, como el de la proporcionalidad de la prima al riesgo, el de las cargas de descripción de este, antes y después de la conclusión del contrato, el de la exclusión legal de ciertos riesgos técnicamente no asegurables, el de las consecuencias de la mora del asegurado en el pago de las primas, etc.

b) La protección del asegurado, no solo por la exclusión imperativa de cláusulas leoninas, sino también por sus normas relativas a la formalidad y a la perfección del contrato, a las excepciones al principio de individualidad de la prima, a los plazos de gracia para el pago de primas vencidas, a la indemnización de siniestros ocurridos por culpa ordinaria del asegurado, etc.

c) La protección a los derechos de terceros, tanto en los casos de acreedores privilegiados o con garantía real sobre los bienes expuestos al riesgo cubierto por el seguro, cuanto en los de quiebra, concurso etc., así como en los de los terceros

beneficiarios y muy especialmente con la introducción de la -
acción directa del tercero dañado, contra las empresas asegu- -
radoras, en el seguro de responsabilidad civil, mediante la -
atribución directa de esos terceros, del derecho a la indemni--
zación debida conforme al contrato de seguro". (2)

C O N C E P T O S

C.- SEGURO SOBRE LAS PERSONAS

"Comprenden todos los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital.(Art. 151 L.C.S.).

1.-SEGURO DE VIDA

Son aquellos que tengan como base los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia y los beneficios adicionales basados en la salud o en accidentes personales. Los más importantes son: Ordinario de vida, Vida con pagos limitados y Dotal.

a) Ordinario de vida.-Consiste en que el asegurado está obligado a pagar las primas durante toda su vida y, al morir, la aseguradora paga el importe del seguro al beneficiario designado o a quiénes sean herederos del asegurado, conforme el testamento se indique o de acuerdo con las reglas relativas a la sucesión legítima.

b) Vida con pagos limitados.-El seguro es pagado a la muerte del asegurado, pero este no está obligado a pagar la prima durante toda la vida, sino durante diez, quince o veinte años, según se escoja.

c) Dotal.-Es el seguro que se contrata pagando el asegurado a la aseguradora la prima durante diez, quince o veinte años, y estando obligada la aseguradora a pagar el seguro, si el ase-

gurado sobrevive del plazo señalado o bien si fallece antes del mencionado plazo. Esta es indudablemente una de las mejores formas del seguro, porque significa ahorro y previsión.

2.-SEGURO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Tienen como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, ocasionada por un accidente o enfermedad de cualquier género". (1)

"El seguro de accidentes garantiza al asegurado contra el riesgo de perder accidentalmente la vida o miembros u órganos que lo incapaciten total o parcialmente para el trabajo. Tiene pues, una amplia zona común con el seguro de vida, en lo que se refiere a la pérdida de ésta como riesgo asegurado. La diferencia consiste en que mientras en el seguro de vida es riesgo excluido el de muerte accidental, es precisamente este riesgo el que se tiene en cuenta en el seguro de accidente.

El seguro de accidente está íntimamente vinculado con el seguro de enfermedad, hasta el punto de que en la mayor parte de los países del extranjero las pólizas son comunes para ambos riesgos.

En México, las compañías sólo excepcionalmente emiten pólizas de accidente, comprendiendo el de enfermedad.

Es notable la evolución experimentada por este seguro que empezó hace un siglo, limitado al riesgo de accidentes con motivo -

1.- PINA VARA, (XII) p. 244

del transporte por ferrocarril, peligrosa aparición de aquella época y que hoy comprende prácticamente cuantos accidentes puedan afectar al hombre, incluso los riesgos derivados de viajes aéreos, dentro de ciertas condiciones.

El riesgo previsto en estos seguros es, como acaba de decirse, la pérdida de la vida o de ciertos miembros u órganos, en cuanto a imposibilidad para el trabajo normal.

El seguro de accidentes se completa, en la práctica, con diferentes cláusulas adicionales como son la de incapacidad parcial o total causada por el accidente y los gastos efectivos por los conceptos de atención médica y hospitalaria. De este modo, el seguro de accidente combina entre sus características peculiares de seguro de provecho esperado y de lucro cesante, características de seguro de daños con valoración concreta". (1)

"SEGURO DE ENFERMEDAD.-El seguro privado y voluntario de enfermedad tiene por objeto la prestación de los cuidados médicos, farmacéuticos y hospitalarios, cuando la salud del asegurado o asegurados se ve afectada por dolencias o enfermedades previstas en el contrato.

SEGURO CONTRA ACCIDENTES.-Tiene por objeto la prestación de cuidados y capitales orentas determinadas en la póliza, en el caso de la integridad física del asegurado o asegurados se vea

afectada por un evento fortuito y externo al asegurado, causándole su muerte o su invalidez permanente o temporal. Su finalidad es prestar asistencia a ciertos daños que el siniestro puede provocar, pero la cuantía de la prestación del asegurador no depende del importe del daño causado, si éste se genera, sino de las prestaciones señaladas en la póliza". (2)

"REASEGURO.-Se entiende por Reaseguro el contrato en virtud del cual una institución de seguros toma a su cargo total o parcialmente un riesgo ya cubierto por otra o el remanente de daños que exceda de la cantidad asegurada por el asegurador directo. (Art.-10 Frac.II L.I.S.).

El reaseguro es, pues, una forma de seguro y precisamente el seguro contratado por el asegurador para cubrir el riesgo de tener que pagar la indemnización del seguro. Esta forma del seguro permite al asegurador garantizarse, a su vez, por los riesgos demasiado elevados que ha asumido y realiza una forma de colaboración económica entre los mismos asegurados.

COASEGURO.-Es la participación de dos o más empresas aseguradoras en un mismo riesgo, en virtud de contratos directos realizados por cada una de ellas con el asegurado. (Art.10 Frac.I L.I.S.).

CONTRASEGURO.-Es el convenio en virtud del cual una empresa de seguros se obliga a reintegrar al contratante las primas cubiertas, cuando se cumplen determinadas condiciones. (Art.10 Frac.III L.I.S."). (1)

3.- SEGURO DE GRUPO

Que también lo llama la ley de EMPRESA, consiste en que la aseguradora, por el solo hecho de que una persona pertenezca al grupo o empresa asegurados se obliga a pagar el seguro convenido cuando acaezca la muerte, o bien la vida se prolongue más allá del plazo convenido.

El seguro de grupo abarca un gran número de personas en una sola póliza abierta, sin exámen médico y a costo bajo.

Este seguro, cuyas primeras experiencias se hicieron a comienzos del siglo en curso, ha tenido una gran difusión. Se usa para personas que trabajan juntas. La carencia de exámen médico no determina en conjunto una mayor mortalidad media usual, sino que los riesgos subnormales, y aún los casos que no serían asegurables, quedan compensados con otros favorables del propio grupo:

Puede definirse diciendo que el seguro de grupo o empresa el asegurador se obliga por la muerte o la duración de la vida de una persona determinada en razón simplemente de pertenecer al

mismo grupo o empresa, mediante el pago de primas periódicas, -
sin necesidad de examen médico obligatorio.

SEGURO COLECTIVO.-El seguro de riesgos profesionales puede ha--
cerse colectivamente, en este caso cada uno de los beneficia- -
rios posee un derecho propio contra la aseguradora, una vez -
realizado el siniestro.(Art. 188 L.C.S."). (3)

D.- ESTIMACION DEL RIESGO DE VIDA

Definición.- "Los contratos de seguros son convenios por los que, el asegurador, a cambio de una consideración, o prima, estipulada, se compromete a indemnizar al asegurado contra pérdida o daño causados por los peligros indicados en la póliza. En todas las formas de seguro, a excepción del seguro de vida, el acaecimiento de una contingencia desfavorable, que da origen a una pérdida, es materia de incertidumbre. En el seguro de vida, la calamidad contra lo que se asegura es la muerte. La muerte es universal y cierta. La incertidumbre concomitante a la muerte, es el tiempo de su acaecimiento. Como el acaecimiento de la contingencia contra la que se asegura es cierto, en tanto que en otras formas de seguro es incierto, las pólizas de vida, a menos que se formalicen solamente por un término, deben establecer la provisión de un pago cierto.

En su forma más simple, el seguro de vida se compromete a proteger a la familia del asegurado, acreedores, u otras personas, contra la pérdida pecuniaria que puede resultar como consecuencia de la muerte del asegurado. El contrato comprende un convenio entre el asegurador y el asegurado, en el cual generalmente hablando, el asegurador se compromete a pagar una suma estipulada, a la muerte de la parte asegurada, o en algún otro momento determinado, a un beneficiario designado. Se ha dado estado legal a una definición según la cual el convenio de seguro de vida es :

Un contrato por virtud del cual el asegurador, por una cierta suma de dinero o, prima proporcionada a la edad, salud, profesión, y otras circunstancias de la persona cuya vida se asegura, se obliga a que si tal persona muere dentro del periodo limitado en la póliza, el asegurador pague la suma especificada en la póliza, de acuerdo con sus términos, a la persona en cuyo favor se concede tal póliza.

En adición a la póliza de vida, que tiene como propósito el proporcionar protección en caso de una muerte prematura, el negocio de seguro de vida ha creado un segundo tipo de contrato denominado de renta vitalicia, que proporciona una protección, en forma e ingreso, durante el periodo de vejez, cuando las facultades productivas han disminuido o han desaparecido.

El Beneficiario.-De acuerdo con la póliza de seguro de vida, el beneficiario es la persona designada en el contrato como aquella a quien se deben pagar los frutos del contrato. En tal contrato, el asegurado es el beneficiario, cuando la póliza designa como beneficiario a una persona distinta del asegurado, el designado debe figurar en una clase permitida por la ley. Si no se designa ningún beneficiario, o si se le designa insuficientemente, el seguro revierte a la herencia del asegurado.

Cambio de Beneficiario.-Bajo un contrato de vida, el derecho a cambiar el beneficiario ha sido por los tribunales como un derecho de propiedad del asegurado. Se sostiene que la compañías no tiene facultades para rehusar el consentimiento al cambio, -

si el asegurado ha cumplido con los términos de la póliza.

Sin embargo, cuando deba hacerse alguna substitución, la propia compañía puede renunciar a los términos de la póliza, pero si así no lo hace, puede exigir el cumplimiento.

La mayor parte de las pólizas fijan un procedimiento sencillo para efectuar el cambio. Usualmente se estipula que se puede cambiar al beneficiario, con la frecuencia que se desee, presentando en la oficina principal de la compañía, a ese efecto, una solicitud escrita, acompañada por la póliza, para su endoso. Actualmente las pólizas establecen que, una vez endosado el cambio en la póliza, por lo tanto, la doctrina jurídica establecida de que el asegurado, si ha dado todos los pasos necesarios para efectuar el cambio, no confrontará la posibilidad de que su intento se frustre por la falta de ningún acto formal de la compañía antes de su muerte. La compañía inserta una cláusula de salvedad en que se manifiesta que la regresión del tiempo del cambio de beneficiario a la fecha en que el asegurado firmó el aviso de cambio, viva o no el asegurado al tiempo del endoso, lo es sin perjuicio para la compañía a cuenta de cualquier pago hecho antes de que el aviso escrito del cambio haya llegado a la oficina principal de la compañía.

La Prima.- Se llama prima la consideración por la cual la compañía de seguros se compromete a pagar el importe del seguro, de acuerdo con los términos de la póliza. Sin embargo, existen dos factores principales que influyen el cómputo en todas las -

primas. En primer lugar, es necesario acumular fondos suficientes para pagar las reclamaciones, a medida que van venciendo. Después, ya que en el seguro de vida, como en otras formas de seguro, se incurre en ciertos gastos a los que hay que hacer frente con parte del ingreso de primas. Como los pagos de las primas son de importancia vital para la validez del seguro de vida, la póliza establece cuidadosamente cómo y cuándo deben hacerse tales pagos. Las pólizas, actualmente se formalizan, exigen el pago anticipado de la primera prima, mientras el solicitante goza de buena salud. Las primas de seguro se computan sobre una base anual, aunque pueden pagarse semestral, trimestralmente y, en algunos casos, mensualmente. Se exige que las primas se paguen bien en la oficina principal de la compañía, o a un agente autorizado para recibir el pago. Evidentemente, como la falta de pago de la prima afectará seriamente la posición del asegurado, es esencial saber que constituye el pago, y a quien deba hacerse. Las pólizas cubren el punto en cuestión estipulando que todas las primas deben ser pagadas en su fecha, o antes de su vencimiento, en la oficina principal de la compañía, o a un agente autorizado de la compañía". (3)

D.- CONTRATOS DE SEGURO DE VIDA

Los Primeros Contratos a Término.- "Ya se ha indicado que la -- primera forma de contrato de seguro de vida de que existen an-- tecedentes, proporcionaba seguro por un término. Al desarro- - llarse en 1720 los aseguradores incorporados, las pólizas de - vida se suscribieron comúnmente, pero, como antes, por un tér- mino. Una de las más antiguas formas de póliza de la que se - conserva copia fue suscrita en 1720 por la London Assurance. La póliza formalizada a término sigue la forma de otros contra- tos de seguro. Al final del término de la póliza, la compañía - aseguradora no se encuentra bajo ninguna otra obligación para - con el asegurado. Con el desarrollo, en años recientes, de la - característica de la inversión como parte importante del con- -- trato de vida, y con el alcance cada vez más amplio de utilidad del seguro de vida, la póliza a término constituye una de las - clases menos importantes de las pólizas de vida que hoy se emi- ten.

El seguro a término es, precisamente, lo que su nombre indica, seguro por término. Este seguro puede contratarse con el seguro de vida completa, que es un seguro permanente y cubre mientras viva el asegurado.

Póliza a Término de un Año.-En su forma más simple las pólizas a término se suscriben por un período de un año. El cargo de -- prima natural correspondiente a la edad. Por lo tanto, de ello

se desprende que si la póliza continúa en vigor de un año a otro, el costo del seguro tiende a aumentar.

Las compañías de seguro de vida, en conexión con la suscripción de seguro a término, han concedido ciertos privilegios con vistas a estimular a los asegurados bajo esta forma para que conviertan sus coberturas a forma más permanentes. La póliza a término de un año, ordinariamente, puede renovarse por un cierto número de años sin examen médico. También puede ser convertida en una póliza de tipo permanente, dentro de cierto número de años, sin examen médico.

Póliza a Término de Cinco Años.-Hay pólizas emitidas por un término de cinco años con el privilegio de convertir el seguro en cualquier momento durante el término a una forma permanente sin examen médico. A diferencia de la forma anualmente renovable, se carga una prima nivelada en vez de una prima anualmente progresiva ajustada a la tarifa natural.

Este tipo de seguro a término encuentra un favor particular en quienes intentan hacer de la cobertura parte de un programa permanente, pero necesitan, para sus necesidades inmediatas, una protección de costo bajo.

Dotales.-Fue natural, al considerar las contingencias de la vida y de la previsión para los familiares dependientes del asegurado, que se presentase el problema de atender la vejez del propio asegurado.

La póliza ordinaria de vida establece el pago del importe del -

seguro a un beneficiario designado, a la muerte del asegurado. La dotal pura invierte el procedimiento, y paga el importe del seguro solamente en caso de que el asegurado viva durante un periodo especificado. El importe del seguro se paga al propio asegurado si vive al final del periodo, en otro caso, la compañía no paga.

Son pocos los usos que tiene una dotal pura. La mayor parte de las pólizas dotales ofrecidas por la compañía de seguros, poseen los rasgos característicos de una póliza de seguro de vida a término, el importe del seguro debe pagarse a un beneficiario designado. Si este beneficiario vive al final del periodo, él mismo recibe su importe.

Póliza Dotal.-Todas las pólizas de vida, con excepción del seguro a término y de la dotal pura, reúnen los elementos de inversión y de protección, las pólizas dotales subrayan ambas características. La póliza dotal permite al asegurado la constitución de un fondo que, en su debido curso, si el asegurado, y, al mismo tiempo, proteja a su beneficiario durante el periodo de acumulación. El seguro dotal se formaliza de acuerdo con un número de formas diferentes, destinadas, cada una de ellas, a satisfacer necesidades particulares. Los términos por los que se formaliza pueden variar de cinco a veinticinco años, pudiendo también subscribirse de forma que venzan a una edad determinada, como a los sesenta o a los sesenta y cinco años, por ejemplo. Además, existen dotales de pago limitado. Por

ejemplo, una dotal pagadera a la muerte, o al final de cuarenta años, puede formalizarse de tal manera que el pago de las primas cese al final de veinte.

Condiciones de la Póliza.-Todas las pólizas de seguro de vida que se emiten de nuevo deben incluir las disposiciones tipo prescritas por las leyes importantes que regulan los negocios del seguro de vida, solamente cuando sean aprobadas por el departamento de seguros.

La tendencia de la legislación de seguros de vida ha sido en dirección de una mayor liberalidad a favor del asegurado en los términos del contrato, disponiendo, al mismo tiempo, lo necesario para la reglamentación del negocio, de manera que se practique sobre unas bases científicas y seguras.

Pagos de Primas.-Como los pagos de primas son de importancia vital para la validez del seguro de vida, la póliza establece cuidadosamente cómo y cuándo deben hacerse tales pagos. Las pólizas, según actualmente se formalizan, exigen el pago anticipado de la primera prima, mientras el solicitante goza de buena salud.

Las primas de seguro se computan sobre una base anual, aunque pueden pagarse semestral, trimestralmente y, en algunos casos, mensualmente. Se exige que las primas se paguen bien en la oficina principal de la compañía, o a un agente autorizado para recibir el pago.

Evidentemente, como la falta de pago de la prima afectará se-

riamente la posición del asegurado, es esencial saber que constituye el pago, y a quién deba hacerse. Las pólizas cubren el punto en cuestión estipulando que todas las primas deben ser pagadas en su fecha, o antes de su vencimiento, en la oficina principal de la compañía, o a un agente autorizado de la compañía.

Periodo de Gracia.-Entre las compañías de seguros de vida es norma conceder un periodo de gracia está fijado por la ley, y, donde así sucede, se ha sostenido que los términos, un mes y treinta días no son necesariamente equivalentes. Por lo tanto, es común expresar el periodo de gracia como de un mes, pero que no sea inferior a treinta días". (2)

F.- REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO

"ARTICULO 1o.-Para la celebración del seguro de grupo, en los términos del artículo 191 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, el contratante deberá solicitar un seguro, sin necesidad de examen médico obligatorio, sobre la vida de un grupo asegurable constituido, por lo menos, del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75% no sea inferior a 10 personas en el caso del inciso a) del artículo 2o y de 25 personas en los demás casos.

ARTICULO 2o.-Son grupos asegurables en los términos de este reglamento, los que a continuación se mencionan :

- a) Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a ese mismo, patrón o empresa.
- b) Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo, y sus secciones o grupos.
- c) Los cuerpos del ejército, de la policía o de los bomberos, así como las unidades regulares de los mismos.
- d) Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros, constituyan grupos asegurables.

Sólo en caso de este inciso, las instituciones aseguradoras presentarán para su aprobación ante la Comisión Nacional de

Seguros las características del grupo que pretendan asegurar y las reglas que sirvan para determinar las sumas aseguradas.

ARTICULO 3o.-El contratante del seguro de grupo lo será :

En caso del inciso a) del artículo anterior el patrón o empresa; Tratándose del inciso b), la persona moral; En el caso del inciso c), el Gobierno Federal, el de los territorios, el del Distrito Federal, o los municipios; y cuando se trate del inciso d), por analogía con los incisos anteriores, la persona moral correspondiente.

ARTICULO 4o.-La suma asegurada deberá determinarse para cada miembro del grupo asegurado, por reglas que eviten la selección adversa a la institución aseguradora.

La suma asegurada promedio de un grupo es la que resulta de dividir la suma asegurada total del grupo, entre el número de asegurados que lo componen.

ARTICULO 5o.-El seguro de grupo para el caso de muerte, se practicará siempre en el plan temporal, ya sea a un año o de periodos menores.

ARTICULO 6o.-Los miembros del grupo asegurable pueden contribuir al pago de la prima.

En el caso del inciso a) del artículo 2o la contribución de cada miembro en ningún caso exceder del 75% de la cuota promedio, ni de un peso mensual por cada millar de suma asegurada.

ARTICULO 7o.-La solicitud u oferta para celebrar el contrato, deberá contener especialmente, lo siguiente :

- a) Naturaleza del riesgo por asegurar.
- b) Declaración sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de catástrofe; en relación a la actividad que a través del grupo asegurable realice la empresa, patrón u organización a la que pertenezca dicho grupo.
- c) Características del grupo asegurable, número de personas asegurables y el de las que van a asegurarse.
- d) Tarifa de primas.
- e) Reglas para determinar las sumas aseguradas, para cada uno de los miembros del grupo.
- f) Porcentaje con el que los miembros del grupo contribuyan, en su caso, al pago de la prima.
- g) Como anexo, el consentimiento de cada uno de los miembros del grupo en el que deberá expresarse : ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o la regla para determinar la, designación de los beneficiarios y si esta se hace en forma irrevocable.
- h) Cuando el objeto del contrato de grupo de vida, sea el de garantizar prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo contratante, deberá expresarse esta circunstancia en la solicitud y en el consentimiento a que se refiere el inciso anterior.

ARTICULO 80.-El contratante no podrá ser designado beneficiario, salvo que el objeto del contrato sea el de garantizar cré-

ditos concedidos por el contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

ARTICULO 9o.-Las instituciones aseguradoras formarán el registro de asegurados, que deberá contener los siguientes datos :

- a) Nombre y edad de cada uno de los miembros del grupo.
- b) Suma asegurada que les corresponda.
- c) Fecha que entra en vigor los seguros de cada uno de los miembros del grupo y fecha de terminación de los mismos.
- d) Número del certificado individual.

La institución aseguradora deberá entregar al contratante copias autorizadas de este registro.

ARTICULO 10o.-La póliza debera contener :

- a) Características del grupo asegurado.
- b) Tarifas de primas.
- c) La regla para determinar la suma asegurada que a cada miembro del grupo corresponda.
- d) La transcripción íntegra de los artículos 13, 14, 15, 16, en sus tres primeros párrafos, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, de este reglamento.

ARTICULO 11o.-Será obligación del contratante :

I.-Comunicar a la institución aseguradora los nuevos ingresos al grupo, remitiendo los consentimientos respectivos, que deberán contener los datos que exige el inciso g) del artículo 7o.

II.-Comunicar a la institución aseguradora las separaciones de-

finitivas del grupo asegurado.

III.-Dar aviso a la institución aseguradora dentro del término de quince días de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados y que sea necesario para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones.

IV.-Enviar a la institución aseguradora los nuevos consentimientos de los asegurados, en caso de modificación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.

ARTICULO 12o.-Las instituciones aseguradora deberán expedir un certificado para cada uno de los miembros del grupo asegurador, que entregaran al contratante.

El certificado deberá contener, cuando menos, los siguientes datos :

- a) Número de la póliza y del certificado.
- b) Nombre y fecha de nacimiento del asegurado.
- c) Fecha de vigencia del seguro.
- d) Suma asegurada o la regla para determinarla.
- e) Nombre de los beneficiarios y en su caso el carácter de irrevocable.
- f) Transcripción íntegra del texto de los artículos 13, 15, 16, 19, 20, 21 y 22 de este reglamento.

Los certificados serán expedidos y firmados por la institución aseguradora.

ARTICULO 13o.-Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado, no concuerda con la regla para determinarla, la institución aseguradora pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la institución aseguradora, por su propio derecho a solicitud del contratante hará la modificación correspondiente, substituyendo el certificado.

En uno y en otro caso deberá ajustarse la cuota a la nueva suma asegurada desde la fecha en que se operó el cambio..

ARTICULO 14o.-Los miembros que ingresen al grupo asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubiese dado su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin examen médico, si están en servicio activo desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo asegurable.

La empresa aseguradora podrá exigir un examen médico a los miembros del grupo asegurable que den su consentimiento después de treinta días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado. En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la institución aseguradora.

ARTICULO 15o.-Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la institución aseguradora

restituirá al contratante la parte de la cuota media no devengada por meses completos.

No se consideran separados definitivamente los asegurados que - sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuaran dentro del seguro hasta la terminación del periodo del seguro en curso.

ARTICULO 16o.-La institución aseguradora tendrá la obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro - que se separe definitivamente del grupo asegurado en cualquiera de los planes de seguro en que opere dicha empresa, con - excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad este comprendida dentro de los límites de admisión de la compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá presentar su solicitud a - la institución aseguradora, dentro del plazo de treinta días a partir de su separación. La suma asegurada será igual a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

ARTICULO 17o.-Los efectos del contrato cesarán automáticamente treinta días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la institución aseguradora podrá deducir el importe del seguro, la prima total del grupo correspondiente a los treinta días de espera.

ARTICULO 18o.-La prima total del grupo será la suma de las - primas que correspondan a cada miembro del seguro asegurado de

acuerdo con su edad, ocupación y suma asegurada.

En cada fecha de vencimiento del contrato, se calculará la cuota promedio por millar de suma asegurada que se aplicará en el período. La cuota promedio es la que resulte de dividir la prima total entre la suma asegurada total.

A cada miembro del grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del grupo, se les aplicará la cuota promedio por meses completos.

ARTICULO 19o.-Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del asegurado y esta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la institución aseguradora pagará la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del asegurado en el último aniversario de la póliza.

ARTICULO 20o.-El contrato de seguro, dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el contratante para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que se quedó asegurado.

ARTICULO 21o.-Cuando el miembro del grupo asegurado no cubra al contratante la parte de prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del grupo, a la institución aseguradora.

ARTICULO 22o.-Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la institución aseguradora la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

ARTICULO 23o.-Cuando haya cambio de contratante en el caso del inciso a) del artículo 2o, la institución podrá rescindir el contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio, sus obligaciones terminaran treinta días después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo contrato.

La institución aseguradora reembolsará a éste la prima no devengada.

ARTICULO 24o.-Las instituciones aseguradoras estarán obligadas a renovar los contratos, mediante endoso en la póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente reglamento en la fecha del vencimiento del contrato.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas en vigor en la fecha de la misma.

ARTICULO 25o.-Cuando las instituciones aseguradoras que practiquen el seguro de grupo de vida, otorguen participación en utilidades ésta se sujetará a las reglas generales que fije la

Comisión Nacional de Seguros.

ARTICULO 26o.-En los contratos de seguro de grupo de jubilación, se aplicarán en lo conducente, los preceptos de este Reglamento". (1)

C A P I T U L O V

SEGUROS DE GRUPO Y COLECTIVOS

Característicos.-"Los Seguros Colectivos son seguros de bajo costo para el contratante, de protección social y pueden ser deducibles de impuesto.

Que son los Seguros de Grupo.-El Seguro de Vida Grupo es aquella forma de seguro de vida que cubre por lo menos el 75% de miembros (Empleados u Obreros) de un mismo patrón o empresa, formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa". (1)

"El Seguro de Grupo es una cobertura que se expide para proteger a cada uno de los integrantes de una colectividad en caso de fallecimiento, durante periodos anuales renovables. Al inicio del contrato o en cada renovación, según sea el caso, el contratante deberá determinar los beneficios que tendrán validez durante la vigencia. Las edades de aceptación son de 15 a 70 años, sin limite en las renovaciones posteriores". (1)

"El beneficio de la cobertura opcional, es la de otorgar una suma asegurada adicional a la de la Cobertura Básica, en la cual participe voluntariamente el asegurado contribuyendo al pago de la prima, quedando la contratación sujeta a la solicitud del contratante.

1.- SEGUROS AMERICA, (XIX) p. 15

1.- RODRIGUEZ RODRIGUEZ, (XIII) p. 219

Cobertura Básica.-Esta cobertura puede ser complementada adecuadamente con la contratación de otros beneficios y Cláusulas Adicionales, que permitan obtener una protección ante eventualidades igualmente impredecibles y no menos importantes, como son la Invalidez, los Accidentes y gastos de Funeral, los cuales deberán realizarse en forma inmediata al ocurrir el fallecimiento del asegurado". (2)

Beneficio de Invalidez.-"Cuando el asegurado haya sufrido lesiones corporales a causa de un accidente o padezca una enfermedad que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación de la que pueda derivar alguna actividad pecunaria compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social y cuando se presuma que dicha imposibilidad es de carácter permanente, por ejemplo :

La pérdida irreparable de la vista en ambos ojos, La pérdida de las dos manos o los dos pies, de una mano y de un pie, se consideran causa de invalidez total y permanente para efectos de ésta cobertura.

Beneficio de Accidente.-Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del asegurado. No se consideraran accidentes las lesiones corporales o la muerte

provocadas intencionalmente por el asegurado.

La Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, sin examen -- médico y por sólo una vez, a la persona que se separe defini---
tivamente del grupo asegurado en cualesquiera de los planes --
individuales de seguro que opere dicha empresa, con excepción -
del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, -
siempre que su edad este comprendida dentro de los límites de -
admisión de la compañía.

Los asegurados tienen derecho a nombrar o cambiar los benefi- -
ciarios, notificando por escrito a la aseguradora la designa- -
ción, remitiendo el certificado individual para la anotación -
correspondiente. Los asegurados podrán renunciar al derecho de
revocar la designación de los beneficiarios, siempre que lo no-
tifique por escrito y conste en los certificados individuales.
En caso de ocurrir un siniestro y si no hubiese beneficiario --
designado, el importe del seguro se cubrirá a la sucesión del -
asegurado.

Si hubiese varios beneficiarios y falleciere alguno, la porción
correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los -
supervivientes, salvo alguna disposición especial del asegura-
do. En caso de controversia, el quejoso deberá ocurrir a la Co-
misión Nacional de Seguros y Fianzas en sus oficinas centrales
o en las de sus delegaciones en los términos del Artículo 135 -
de la Ley General de Instituciones de Seguros y los Tribunales
competentes del domicilio de la Compañía.

Todas las acciones que se deriven del contrato de Seguro prescribirán en dos años contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias sino también por el nombramiento de perito o por la iniciación del procedimiento señalado por el Artículo 135 de la Ley General de Instituciones de Seguros. Una vez señalado lo que es la cobertura básica, ahora daremos cuenta de los diferentes beneficios adicionales que se pueden contratar para complementar el Seguro de Vida Grupo.

A.- BENEFICIOS Y CLAUSULAS ADICIONALES

BENEFICIO ADICIONAL DE EXENCION DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.-Cuando el asegurado llegara a invalidarse total y permanentemente, ya sea por enfermedad o por accidente, viéndose imposibilitado para el desempeño de su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes, su Seguro se mantendrá en vigor, sin más pago de primas, durante toda su vida y por la suma asegurada vigente al momento de ocurrir la invalidez.

Para que la aseguradora conceda el beneficio, se deberán presentar pruebas de la Invalidez Total y Permanente por parte del asegurado.

Para aprobar cualquier reclamación la aseguradora se reserva igualmente el derecho de exigir al asegurado la debida comprobación de su edad, si no se ha hecho la anotación respectiva en la póliza, así como la supervivencia y persistencia del estado de Invalidez". (3)

BENEFICIO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE CON PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA.-"Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del asegurado. No se considera accidente las lesiones corporales o la muerte provocada inten-

cionalmente por el asegurado.

La aseguradora conviene en pagar al asegurado la suma contratada para este beneficio en una sola exhibición, si queda invalidado total y permanentemente a causa de un accidente y a partir de la fecha en que sean admitidas por la aseguradora las pruebas de la existencia de dicha invalidez, siempre y cuando esta haya sido continua por un periodo no menor a tres meses.

La aseguradora conviene pagar al asegurado que quede invalidado total y permanente a causa de un accidente, la suma asegurada contratada para este beneficio en una sólo exhibición. Se establece un periodo de espera de seis meses para el pago de la suma asegurada, el cual empezará a contar a partir de la fecha de inicio de la invalidez". (1)

BENEFICIO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE CON PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA.-"La aseguradora conviene pagar al asegurado que quede invalidado total y permanente a causa de enfermedad o accidente, la suma asegurada contratada para este beneficio (máximo 24 meses de salario) en una sola exhibición. Se establece un periodo de espera de 90 días para el pago de la suma asegurada.

La declaración del Seguro Social no se considera suficiente para aceptar la invalidez. Cuando la invalidez sea a consecuencia de la pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos o

la pérdida de ambas manos o ambos pies, el pago de la suma asegurada contratada será de inmediato". (4)

BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL

(SIN PERDIDA DE MIEMBROS).-"Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del asegurado. No se considera accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el asegurado.

La aseguradora pagará al beneficiario o beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para este beneficio, si a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, algún miembro del grupo asegurado fallece.

Las indemnizaciones establecidas en este beneficio se concederán únicamente si se presenta a la aseguradora pruebas que la lesión o lesiones que causaron la muerte del asegurado ocurrieron durante la vigencia del certificado del seguro al que se se adiciona éste beneficio". (5)

BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL O

PERDIDA DE MIEMBROS.-"La indemnización total o la proporción que corresponda, será pagada si la muerte o la pérdida se debe exclusivamente a lesiones acaecidas, por medios externos, -

4.- SEGUROS AMERICA, (XIX) p. 35

5.- SEGUROS AMERICA, (XIX) p. 25

fortuitos violentos y súbitos y cuando la muerte o pérdida ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

TABLA DE INDEMNIZACION

- a).-Por muerte del asegurado, una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.
- b).-Por la pérdida de ambas manos o ambos pies o de la vista en los dos ojos, una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.
- c).-Por la pérdida de una mano y un pie, una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.
- d).-Por la pérdida de una mano o un pie conjuntamente con la de la vista en un ojo, una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.
- e).-Por la pérdida de una mano o un pie, una cantidad igual al 50% de la indemnización básica.
- f).-Por la pérdida de la vista de un ojo una cantidad igual al 15% de la indemnización básica.
- g).-Por la pérdida del dedo índice, una cantidad igual al 10% de la indemnización básica.

El pago relativo al inciso (a) se hará al o a los beneficiarios nombrados en la póliza y el pago que corresponda a cualesquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio asegurado.

DOBLE INDEMNIZACION

En caso de que se contrate el beneficio de doble indemnización por muerte accidental o pérdida de miembros en accidente colectivo, la indemnización se duplicará con base en la tabla anterior, si las lesiones corporales o la muerte del asegurado principal fueran sufridas en un accidente". (6)

RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL
POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE.

Durante la vigencia del seguro, los miembros del grupo asegurado, a quiénes se les otorgue, gozarán del beneficio de renta por incapacidad total por enfermedad y accidente, de conformidad con las siguientes bases :

a).-Incapacidad total.- Cuando el asegurado se vea imposibilitado para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación de la que pueda derivar alguna utilidad compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social como consecuencia de un accidente o una enfermedad.

La aseguradora conviene en pagar al asegurado que quede incapacitado en las condiciones señaladas en el párrafo anterior, la renta mensual contratada por este beneficio, pagándose la primera renta mensual tres meses después de la fecha en que sean admitidas las pruebas de incapacidad y durante el periodo que -

el asegurado permanezca incapacitado o hasta que el asegurado cumpla 65 años de edad.

Cuando el seguro se contrate a los 64 años de edad el periodo máximo de pago de rentas será por 12 meses.

b).-Sumas Aseguradas.-La regla para determinar la suma asegurada tanto en la cobertura básica como en el seguro opcional, deberá ser de carácter general, esto es, no ser discriminatoria.

La suma asegurada mínima por cada participante será de 12 salarios mínimos general mensual vigente en el Distrito Federal (SMGM). Se podrá conceder un monto inferior al anterior, siempre y cuando se justifique por el clausulado del contrato colectivo de trabajo o por el importe de la prima a liquidar estipulada en dicho contrato.

Los beneficios adicionales que se otorguen en el seguro opcional, deben estar contratados en la cobertura básica.

La prima de cada asegurado se determinará de acuerdo a la suma asegurada contratada para la cobertura básica y beneficios adicionales y en base a la edad en años cumplidos el último aniversario de la póliza. La prima podrá ser liquidada en forma anual, semestral, trimestral o mensual, aplicando para cada caso, la tasa de financiamiento que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas tenga autorizada al momento de la contratación del seguro.

El costo de la cobertura básica de este seguro podrá verse re--
reducido en función de la suma asegurada básica total del gru--
po, siempre y cuando exista un mínimo de 50 asegurados.

c).-Selección de Riesgos.-Es la fase a través de la cual se se--
paran o eligen los diferentes riesgos de los futuros asegura--
dos, estableciendo por medio de esta clasificación las condi--
ciones bajo las que contratará el seguro. Es de suma importan--
cia poner especial cuidado en el llenado de la solicitud, ya --
que la información que esta contenga servirá de base para la --
determinación del riesgo ocupacional del grupo.

Dependiendo del número de miembros y suma asegurada promedio --
del grupo, se determinará el monto máximo a cubrir sin requi--
sitos médicos.

B.- LLENADO DEL CERTIFICADO-CONSENTIMIENTO

- 1) Nombre del grupo.-El de la empresa contratante.
- 2) Número de la póliza.-La aseguradora lo asignará, una vez co--
nocido el número por el contratante este deberá anotararlo en los
certificados-consentimientos.
- 3) Nombre.-Nombre y apellidos completos del asegurado.
- 4) Número del certificado.-Puede ser el número de empleado que
le asignó el contratante o un número secuencial del uno en ade--
lante evitando se dupliquen.
- 5) Fecha de nacimiento.-Día, mes y año.
- 6) Estado civil.-Anotarlo según sea el caso.

- 7) Sexo.-Indicarlo.
- 8) Fecha de iniciación de empleo.-Día, mes y año.
- 9) Ingresos.-Indicar la cantidad y el tipo de ingreso (Esto se requerirá cuando la suma asegurada se determine en base al -- sueldo).
- 10) Puesto actual que desempeña.-Indicar la ocupación del ase--gurado.
- 11) Fecha de vigencia.-Es la fecha en que comienza el seguro, - anotándose día, mes y año tanto en la iniciación del seguro como en las altas de nuevos asegurados, en los cuales se anotará siempre el mismo día de la fecha en vigor de la póliza, variando sólo el mes y el año de acuerdo con la fecha de alta.
- 12) Cuota o porcentaje con que el asegurado contribuye.- Anotar la contribución al pago de la prima.
- 13) Suma asegurada.-Anotar la cantidad o regla que determine la suma asegurada de la persona.
- 14) Beneficios cubiertos.-Señalar cada uno de los beneficios - cubiertos.
- 15) Beneficiarios.-Indicar quien o a quiénes se pagará el se--guro la cantidad o proporción de suma asegurada y parentesco - con el asegurado.
- 16) Lugar y fecha.-Anotar lugar, día, mes y año en que se firmó el certificado-consentimiento.
- 17) Firma del contratante.-Firmará el representante de la em--presa (en el consentimiento).

18) Firma del solicitante.-Firmará la persona que se asegure -
(en el consentimiento).

En caso de siniestro se debe dar aviso de inmediato a la asegu-
radora acompañando la reclamación con los documentos siguien- -
tes :

a) Acta de defunción del asegurado y cualquier documento que -
compruebe su edad (acta de nacimiento, cartilla del servicio -
militar, en caso del sexo masculino, pasaporte o fé de bauti- -
zo).

b) Certificado individual.

c) Averiguación previa del Ministerio Público, en caso de que -
la muerte haya sido por accidente y se tenga ese beneficio en -
la cobertura.

d) Documento que compruebe la identidad del o los beneficia- -
rios.

e) Recibo del último salario devengado, esto es cuando la suma
asegurada se determine en base al sueldo". (7)

C.- EXCLUSIONES

"Las indemnizaciones de las coberturas anteriormente señaladas
no se considerarán cuando la muerte se deba a :

a) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones ac-
cidentales.

- b) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado - por lesiones accidentales.
- c) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, la participación directa del asegurado en la - comisión de actos delictivos de carácter intencional.
- d) Lesiones recibidas al participar el asegurado en una riña, - siempre que el haya sido el provocador.
- e) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial, debidamente autorizada, en via- je de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.
- f) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o - contiendas de velocidad y resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- g) Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de mo- tocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor.
- h) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre - realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, cha- rrería, esquí y tauromaquia.
- i) Inhalación de gases de humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
- j) Padecimientos mentales y corporales.
- k) Abortos cualquiera que sea la causa, excepto si fueron con- secuencia de un accidente.
- l) Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue -

accidental.

m) Radiaciones atómicas.

n) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de algún enervante, estimulante, alcohol o similares, excepto si fueron prescritos por un médico.

o) Envenenamiento, excepto accidental.

p) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por estas, aquellas que se hubiesen manifestado antes del inicio de vigencia del contrato de seguro, que fueron diagnosticados por un médico, aparentes a la vista y las que por sus síntomas o signos no pueden pasar desapercibidas". (8)

SEGURO COLECTIVO

"Existen otros conjuntos de individuos que por sus características no se les puede ofrecer Seguro de Grupo. Para los cuales se ha creado el Seguro Colectivo de Vida Temporal a un Año, que si bien su costo es ligeramente más elevado, mantiene muchos elementos ventajosos que hereda en su diseño, del Seguro de Grupo Vida. Tanto la cobertura básica como los beneficios adicionales, son los mismos del Seguro de Grupo. Las colectividades que quedan aseguradas bajo este concepto, son aquellas que representan por lo menos un 30% del grupo asegurable, con un mínimo de 5 participantes.

8.- SEGUROS AMERICA, (XIX) pp. 44 Y 45

La suma asegurada para cada miembro puede ser diferente, en función de la prima que deseen aportar o de la protección deseada, sin embargo, también son aplicables las mismas reglas que el seguro de grupo. Adicionalmente a lo que se establece para el seguro de grupo, será necesario que cada persona requiera un cuestionario médico adicional, que contiene datos referidos a su estado de salud y que forma parte del consentimiento individual para este seguro". (9)

D.- SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

"Esta cobertura permite que el presupuesto familiar del participante no se desequilibre o se afecte de una manera importante en caso de que tenga que erogar Gastos Médicos ya sea por Accidente o Enfermedad.

Esta cobertura consiste en reembolsar todos aquellos gastos que el asegurado haya efectuado ya sea por tratamiento médico o quirúrgico, de hospitalización, de enfermeras, ambulancia o medicinas, hasta el límite máximo contratado.

Así tenemos que el Seguro de Gastos Médicos Mayores las sumas aseguradas susceptibles de contratar, varían entre 15 y 100 salarios mínimos generales para el Distrito Federal (SMGM) por participante, lo que les permite seleccionar la cobertura que más se adapte a las necesidades específicas de la empresa que

lo contrata.

Esta es una cobertura de reembolso, es decir que la compañía no pagará directamente los gastos al médico, hospital o farmacia, sino que reembolsará estos gastos siempre que el asegurado proporcione los comprobantes respectivos.

Cabe señalar que, este seguro tiene como finalidad cubrir Gastos Médicos importantes por lo que existe un deducible para Gastos Médicos Mayores, el cual queda a cargo del asegurado, también quedará a cargo un porcentaje de los gastos que excedan al deducible contratado, este porcentaje se conoce como coaseguro.

Este deducible y coaseguro sólo quedarán a cargo del asegurado si los Gastos Médicos se efectúan a consecuencia de enfermedad, ya que por accidente se reembolsarán en un 100%. Es importante mencionar que el deducible se aplicará separadamente a cada enfermedad ocurrida.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada uno de los asegurados, con el agotamiento de la suma asegurada máxima. Los gastos cubiertos por cada accidente o enfermedad se reembolsarán por período máximo de 730 días contados a partir de la fecha de la primera erogación. Las edades mínimas y máximas de contratación de esta cobertura son los de 1 día y 65 años respectivamente. La edad de cancelación será la de 70 años". (2)

DEFINICIONES

a) Accidente.-"Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del asegurado. Por lo tanto no se consideran accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente.

b) Enfermedad.-Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo, con relación al organismo y que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

c) Asegurado Principal.-Por asegurado principal se entenderá aquella persona que preste sus servicios en la empresa contratante y se encuentre incluido en el registro de asegurados.

d) Dependientes Económicos.-Se entenderán el cónyuge del mismo y los hijos que sean solteros, se encuentren estudiando y que no tengan remuneración alguna por trabajo personal y hasta la edad de 25 años. Los hijos de la pareja matrimonial asegurada, nacidos durante la vigencia, quedarán cubiertos automáticamente desde su fecha de nacimiento.

Para la contratación de este tipo de seguro se requiere :

a) La participación del 100% de los miembros que forman una empresa, siempre y cuando no sea inferior a 50 titulares.

b) Se requiere la participación del 75% del grupo asegurable siempre y cuando ese 75% no sea inferior a 100 asegurados to

tales.

Podrán participar en este seguro todo el personal no mayor de 65 años así como su cónyuge y dependientes económicos.

Este seguro cubre los gastos que los miembros del grupo erogen en caso de accidente o enfermedad por concepto de :

- Honorarios médicos y quirúrgicos.
- Gastos de hospital.
- Cuarto de sanatorio.
- Alimentos.
- Medicinas.
- Gastos de sala de operaciones o de curaciones y recuperación.
- Gastos de anestesia y honorarios de anestesta.
- Medicamentos adquiridos fuera del hospital.
- Gastos de análisis de laboratorio, o de estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, etc.
- Gastos de transfusiones de sangre, aplicación de plasma.
- Gastos por consumo de oxígeno.
- Gastos originados por la renta de aparatos ortopédicos.
- Gastos por tratamiento con radio o terapia radioactiva.
- Gastos que resulten de aparatos de prótesis dental a consecuencia de accidentes.
- Gastos por transporte en ambulancia.
- Gastos originados por intervención de cirugía correctiva en malformaciones congénitas de hijos del asegurado.

- Gastos originados por las siguientes complicaciones del embarazo.
- Los estados de fiebre puerperal.
- Intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
- Los estados de eclampsia y tóxicosis gravidica.
- La operación cesárea.

GASTOS NO CUBIERTOS

- Padecimientos preexistentes, entendiéndose como tales, aquellos que a la fecha anterior a la iniciación de vigencia de la póliza.

Fueron diagnosticados por un médico.

fueran aparentes a la vista.

fueran de los que por sus síntomas o signos no pudieron pasar por inadvertidos.

- Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa.
- trastornos de la conducta y aprendizaje.
- Afecciones propias del embarazo, abortos, partos prematuros, -
legrados.
- Padecimientos que resulten de alcoholismo o toxicomanía.
- Tratamientos dentales, alveolares o gingivales.
- Tratamiento o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.

- Tratamiento de calvicie, obesidad y esterilidad.
- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad.
- Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- Check-up.
- Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por médicos quiroprácticos o acupunturistas.
- Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la intervención de este en sanatorio u hospital a excepción de la cama extra.

POR ACCIDENTE

- Suicidio o cualquier intento del mismo.
- lesiones provocadas en riña con provocación por parte del asegurado.
- Actos delictuosos en que participe directamente el asegurado.
- Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- lesiones que el asegurado sufra en el servicio militar de cualquier clase.
- lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como piloto pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que

no pertenezca a una línea comercial, legalmente establecida.
cida.

La cantidad deducible que se contrate en este seguro, queda a cargo del asegurado y se aplicará en cada enfermedad.

La vigencia de este seguro terminará automáticamente respecto a cada asegurado, con el agotamiento de la suma asegurada máxima contratada, por aplicación de dicha cantidad a uno o más accidentes o enfermedad sufridas por éste, durante la vigencia de la póliza.

El deducible será del % de la suma asegurada contratada y se aplicará por evento sólo en caso de enfermedad.

El Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores, se ha diseñado en tal forma que los asegurados están en posibilidades de medir el alcance del seguro a través de una participación de los gastos, es decir mediante un cuaseguro. Dicha participación será del % (generalmente es el 10%), una vez aplicado el deducible". (10)

Como podemos ver después de haber hecho un estudio de la seguridad social y el seguro privado, nos podemos dar cuenta que el Seguro Privado existió mucho antes que el primero.

Así tenemos, como antecedente el Código de Hamurabi donde se establecía ya, que si en alguna ciudad, una persona sufría algún robo, la ciudad donde se cometía el mismo debería responder por la pérdida.

Ya posteriormente en el Talmud se dan los trazos de una organización marinera que indemnizaba a los marinos que perdían sus barcos.

En el siglo XIII los comerciantes Lombardos importaron a Inglaterra el seguro y poco a poco Londres fue convirtiéndose en el centro de los seguros del mundo occidental.

Después del incendio de Londres en el año de 1666, el seguro avanza del campo marítimo al terrestre, se actualiza el seguro sobre la vida de las personas, que inicialmente estuvo prohibido por consideraciones morales.

El seguro de personas surge como una necesidad que tenía el patrón para con sus trabajadores ya que estos estaban desprotegidos en caso de algún involuntario de trabajo, esto es ayuda en los gastos de funerales cuando se trataba de fallecimiento, una indemnización cuando se trataba de invalidez ya fuera esta total y permanente o parcial.

Con el tiempo este tipos de seguros se va haciendo cada día más indispensable y tenemos que por la misma necesidad ya a prin-

cípios del presente siglo en los Estados Unidos de Norteamérica surgen los seguros de vida llamados de Grupo y\o Colectivos. Podemos ver que este tipo de seguro proporciona bajo una misma póliza protección a un gran número de personas, sin examen médico y a un costo bajo.

Ya en nuestro país y después de la independencia en 1821 se tenía la influencia Española en materia de seguros y así tenemos que las Ordenanzas de Bilbao fueron las que rigieron en la -- práctica y en las resoluciones de la Nueva España.

El 25 de mayo de 1926 se expidió la Ley General de Sociedades - de Seguros esta Ley rigió a las aseguradoras en todos los ra- - mos de seguros hasta 1935. En el mes de agosto de 1935 se ex- - pide la Ley vigente y la Ley General de Instituciones de Segu- - ros.

A principios de siglo en los Estados Unidos surgen los segu- - ros de Grupo y Colectivos como una necesidad de asegurar a gru- - pos de trabajadores de una misma empresa, de un mismo patrón y del mismo giro.

Así tenemos que en el capítulo de seguro de grupo y colectivo - Hago la propuesta para la adquisición de los seguros, esto con el fin de garantizar en caso de fallecimiento a la viuda y a - los hijos algo digno para ellos, aunque la persona beneficiaria esposa al ocurrir el deceso tendrá la garantía de la pensión - que otorga el Seguro Social.

Para complementar la prestación tenemos el seguro de Gastos Médicos Mayores, este seguro tiene el fin de ayudar a las personas aseguradas en caso de un gasto hecho por causa de alguna enfermedad o accidente, esto es que la persona asegurada o beneficiario haya realizado un gasto en alguna institución médica recupere del 100% el 80% ya que la diferencia la podemos describir como sigue : 10% de Deducible, por lo general es sobre la suma asegurada. 10% del Coaseguro este se aplica una vez quitado el Deducible.

También tenemos que los seguros colectivos y de grupo son de bajo costo para el contratante, son también seguros de protección social y pueden ser deducibles de impuesto para las empresas.

Así tenemos que los pagos de estos seguros no causarán impuestos.

Por tal motivo debemos de considerar que como es un gasto de Previsión Social, el pago de los mismos son Deducibles de impuesto para las empresas.

de Seguros, que cubran las siguientes contingencias de Previsión Social por :

- a) Fallecimiento del participante.
- b) Invalidez total y permanente del participante.
- c) Servicios médicos y hospitalarios en general con las modalidades que se contengan en los contratos de seguros.
- d) Subsidio diario de incapacidad.
- e) Fondo de retiro voluntario.

Para poder ser participante en el plan, este deberá cumplir con los siguientes requisitos :

- a) Firmar la carta de adhesión al plan aprobada por el comité técnico.
- b) Ser trabajador y tener celebrado un contrato de trabajo individual o colectivo, por tiempo indefinido con la empresa.
- c) Llenar los consentimientos de aseguramiento designando a el Fideicomiso como beneficiario irrevocable y las cartas testamentarias que instruyen al Comité Técnico de administración del Plan, sobre el pago de los beneficios del mismo.

El Fideicomiso será el contrato celebrado con la institución autorizada que custodiará e invertirá los fondos provenientes del pago de los seguros del Plan.

La suma pagada al beneficiario será menor que la contratada ya que la diferencia entre lo pagado al beneficiario y lo cobrado por el Fideicomiso evite desviaciones financieras (una alta siniestralidad).

d) La integración de un Comité Técnico el cual será el órgano de administración del Plan designado por la empresa y los trabajadores, para la aplicación e interpretación de los beneficios establecidos en el Plan, apegándose estrictamente a lo establecido en su reglamento.

En este reglamento se especificarán los Derechos y Obligaciones de los participantes.

El Comité Técnico se regirá por lo establecido en este Plan y en el contrato de Fidelcomiso y tendrá las atribuciones que le otorgan dichos instrumentos legales.

Se aprovecharían íntegramente las ventajas que otorgan los diferentes ordenamientos legales (Ley de Impuesto sobre la Renta, Ley del Seguro Social, Ley del Infonavit, etc.) se redistribuirá el salario laboral del empleado entre 70% como salario en efectivo fiscal y un 30% en prestaciones de previsión social. Mediante este procedimiento, la empresa no incurre en ningún costo adicional, ya que las aportaciones a previsión social, las tomaría del salario en efectivo.

OBJETIVO DEL PLAN.-Que el empleado reciba un ingreso real superior al actual a través de un fondo de ahorro y un anticipo de dividendos como pagos de previsión social.

Que disfrute de un seguro de Invalidez, que cubra esta eventualidad, prestación que es muy superior a la obligación legal que tiene actualmente la empresa de pagarle únicamente el importe de un mes sueldo y 12 días por cada año de servicio por

concepto de prima de antigüedad.

La obtención de un Seguro de Gastos Médicos Mayores para el empleado y sus dependientes.

Un subsidio por incapacidad temporal, para completar la diferencia de subsidio que pagaría el Seguro Social.

La creación de un fondo de Retiro Voluntario independiente de la prima de antigüedad que obliga a pagar la ley.

Para la empresa estas nuevas prestaciones creadas para los trabajadores no representan ningún costo adicional a su nómina.

Que la empresa logre ahorros por concepto de pagos de primas del seguro de vida e indemnizaciones laborales por despidos ya que dichos pagos serán con cargo a los fondos que se establezcan.

Que la empresa obtenga, al mejorar su imagen interna y externa un mejor plan de prestaciones al incorporar beneficios por Gastos Médicos y Retiro Voluntario.

ORIGEN DEL FONDO.-El mecanismo del Plan se podría poner en marcha realizando una redistribución del incremento salarial o del sueldo que percibe dividiéndolo entre el laboral (100%) y fiscal (76.92%) con lo cual el empleado seguiría recibiendo el mismo salario nominal.

El 23.08% del salario laboral se canaliza a través del Plan de Previsión Social con lo que el salario real (percepción neta real del empleado) resulta ser a fin de cuentas mayor que si se

canaliza el incremento íntegramente a efectivo sin aprovechar - la Previsión Social.

Al pasar el empleado a una categoría de salario fiscal (no laboral), comparativamente menor, se genera un ahorro en los costos del personal de la empresa (IMSS patronal, INFONAVIT, Remuneraciones y Guarderías, aportaciones al fondo de pensiones y - seguros de vida). La aportación así integrada genera un doble - flujo de recursos, ya que algunos se traducen en beneficios directamente, en tanto que otros se reinvierten para incrementar las aportaciones al Plan.

BENEFICIOS QUE SE OTORGAN:

A.- FALLECIMIENTO E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

En caso de Fallecimiento sus beneficiarios recibirán la suma - asegurada que dependerá del monto de las aportaciones al plan.

En ningún caso este beneficio será inferior a un equivalente de 25% de la suma asegurada, siempre y cuando este no sea menor de 24 meses de sueldo mensual, este beneficio es adicional al que se tiene derecho otorgado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en forma de pensión.

El beneficiario del seguro que se indicará en el consentimiento de aseguramiento con la aseguradora, tendrá el carácter de irrevocable. El trabajador designará a sus beneficiarios, mediante carta testamentaria que entregará al Comité Técnico de - Administración del Plan.

Cuando el asegurado le diagnostica la Invalidez Total y Permanente, se le pagará una cantidad igual a la que hubiera correspondido por muerte natural.

Para que se de este beneficio es necesario independientemente de la forma MT4 otorgada por el Seguro Social donde se declara la Incapacidad Total y Permanente, el incapacitado deberá hacerse pruebas médicas en la cual se compruebe efectivamente su estado de salud.

Este beneficio es adicional a la pensión que pagará el Seguro Social por Invalidez Total y Permanente.

Para que se considere a una persona como inválido, deberá comprobarse a satisfacción del comité técnico del plan mediante las pruebas médicas que este solicite del trabajador participante, que la misma sea resultado de una enfermedad o accidente y que en los últimos seis meses no haya sido capaz de prestar sus servicios con la calidad e intensidad que requiere el puesto que venía desempeñando.

Al cumplir 65 años de edad el trabajador y posteriormente se invalida total y permanentemente, para los efectos de este plan se considerará que se retira voluntariamente y se le entregará el fondo que le corresponda según la antigüedad al plan.

1.- BENEFICIO DE GASTOS MEDICOS

Se cubrirán los gastos médicos al trabajador, a su cónyuge legal y cualquier hijo registrado por el trabajador y que depen-

da económicamente del mismo, y que sean menores de 18 años o hasta 25 años si se demuestra que depende económicamente del asegurado y se encuentran estudiando.

El plan le reembolsará al trabajador los gastos en que incurra por el mismo o por sus familiares, sobre las erogaciones del trabajador por las que se extienda un recibo de médico, enfermera y en general profesionales de la salud legalmente autorizados para ejercer su profesión.

Asimismo se pagarán facturas de hospitales o instituciones de salud autorizadas para la dispensación de servicios médicos, las notas de farmacia siempre que vengan acompañadas de receta médica, los recibos de laboratorios y en general todo aquel gasto médico relacionado con una enfermedad o accidente, cuyos comprobantes reunan los requisitos establecidos en la Ley del Impuesto Sobre la Renta y su Reglamento, así como lo establecido por la Dirección de Profesiones y la Secretaría de Salud en los recibos de honorarios profesionales.

El plan reembolsará al empleado, el monto de dichos gastos, mediante el siguiente procedimiento :

- a) El trabajador remitirá los comprobantes de gastos, acompañados del informe médico y el aviso de enfermedad o accidente al departamento de recursos humanos de la empresa en la que presta sus servicios.
- b) Este turnará los comprobantes al corredor, quien determinará la procedencia o no de los gastos reclamados.

c) Una vez autorizados los gastos, la compañía de seguros reembolsará a nombre del trabajador el cheque correspondiente por el gasto erogado.

El plan cubrirá exclusivamente los gastos médicos por accidente o enfermedad con las limitaciones que establezcan los contratos de seguros por lo que los chequeos médicos periódico para verificar el estado de salud del empleado no serán cubiertos.

En caso de accidente o enfermedad, mediante este plan se le reembolsará un 80% de los gastos en que el empleado o sus familiares incurran en caso de enfermedad hasta un monto máximo de la suma asegurada contratada, aplicable al total de eventos dentro de un año calendario o 730 días contados a partir de la fecha del primer gasto.

En caso de accidente se liquidará el 100% de los gastos hasta la suma asegurada máxima por cada uno de los participantes o familiares.

Por cada enfermedad, el participante deberá requisitar un aviso de enfermedad y el principal médico tratante, deberá llenar el informe médico, estas formas estarán a la disposición de los trabajadores en el departamento de personal o recursos humanos.

2.- BENEFICIO DE SUBSIDIO DIARIO DE INCAPACIDAD

La obtención de un subsidio de incapacidad temporal, es con el fin de completar la diferencia que pagaría el Seguro Social de

acuerdo al salario fiscal.

En caso de que por accidente o enfermedad se requiera la internación del participante en su domicilio o en un hospital por prescripción médica, el plan le reembolsará al participante el 15% de su salario diario, a partir del 8o. día y hasta un periodo máximo de 730 días.

Cuando ocurra por un accidente se le pagara el subsidio de incapacidad a partir del primer día y hasta un periodo máximo de 730 días.

3.- BENEFICIO DE RETIRO VOLUNTARIO

Este beneficio consiste en el pago de utilidades que se hayan generado bajo el plan por las sumas aseguradas en caso de fallecimiento o el pago de dividendos de la aseguradora, fondos que no hayan retirado íntegramente los participantes por retiro temprano.

El participante en caso que se retire voluntariamente de su empleo, adquirirá el derecho de recibir los siguientes porcentajes del fondo, por las cantidades que hayan recibido de la aseguradora, y que se hayan acumulado, que forman su patrimonio personal contenido en el fideicomiso del plan.

El porcentaje a que se tenga derecho a retirar estará en función a los años de antigüedad del participante en la empresa, en base a la siguiente tabla:

ANTIGÜEDAD EN EL PLAN	% DEL FONDO A RETIRAR
MENOS DE 1 AÑO	0
DE 1 AÑOS A 1.99	10
DE 2 AÑOS A 2.99	20
DE 3 AÑOS A 3.99	30
DE 4 AÑOS A 4.99	40
DE 5 AÑOS A 5.99	50
DE 6 AÑOS A 6.99	60
DE 7 AÑOS A 7.99	70
DE 8 AÑOS A 8.99	80
DE 9 AÑOS A 9.99	90
MAS DE 10 AÑOS	100

El fondo se irá constituyendo por la acumulación actuarial de los siguientes conceptos en el fideicomiso :

- a) Dividendos pagados por la aseguradora a los asegurados que no hayan devuelto a la misma al ocurrir un siniestro y que se a convenido depositar en el fideicomiso.
- b) Diferencias en beneficio de los trabajadores participantes entre el pago total de la aseguradora cuando ocurran los siniestros en base a los contratos de seguro y los pagos a los

beneficiarios.

c) Cantidades que aumentan los fondos de los sobrevivientes participantes, por rotación de personal, que no haya adquirido el derecho a retirar el 100% del fondo.

d) Rendimientos procedentes del capital invertido en fideicomiso según las instrucciones del comité técnico del mismo.

e) Los anticipos a cuenta de dividendos y siniestros serán deducidos del total del fondo.

Para el pago de este beneficio por retiro voluntario, el participante deberá presentar su renuncia irrevocable al empleo que venia desempeñando. El tiempo para el pago del beneficio comenzará a contar a partir de que firme su finiquito contra el pago de las cantidades que se le adeuden, de tal forma que libere a la empresa de cualesquier prestación laboral o de otra índole que pudiera originarse por la terminación de la relación de trabajo.

Dicho finiquito contendrá los requisitos de forma y fondo que requiere la empresa.

Una vez recibido el pago de su fondo de retiro voluntario el fideicomiso, firmará un finiquito que libere integralmente de responsabilidad a el fideicomiso, de cualquier diferencia que pudiera resultar en favor del participante.

La prima de antigüedad de la Ley contenida en la Ley Federal del Trabajo se pagará independientemente a cualquier presta-

ción de las descritas en este plan.

En caso de que bajo este plan, la siniestralidad resulte menor a un porcentaje de las primas pagadas, la aseguradora participará al fideicomiso de las utilidades que se generen por la falta de mortalidad o morbilidad de los asegurados en base al convenio que ha celebrado la contratante de los seguros con la aseguradora o aseguradoras que asuman los riesgos del plan.

Asimismo la aseguradora le pagará a el fiduciario el importe de los siniestros en que incurran los participantes.

El pago de los siniestros, se efectuará, posterior a que se haya presentado toda la documentación comprobatoria del siniestro ante el comité técnico, según la documentación que el manual de procedimiento determine y la que se requiera por disposiciones de ley o de los contratos de seguros, dentro de los plazos normales que establecen las aseguradoras para el pago de los beneficios.

Para la debida administración de los beneficios de este plan se integrara un Comité Técnico, y se constituirá un Fideicomiso quien contratará los servicios de una firma consultora y administradora de beneficios para empleados que asesore al Comité Técnico.

El Comité será el órgano de administración del plan designado por la empresa, para la aplicación e interpretación de los beneficios establecidos en este plan.

Se regirá por lo establecido en este plan y en el contrato de

fideicomiso y tendrá las atribuciones que le otorgan dichos instrumentos legales. Es el órgano supremo de la administración del plan, por lo que cualquier decisión tomada por el mismo será definitiva para las partes.

El objeto del fideicomiso es de agrupar a los trabajadores que tengan el carácter de participantes del plan, para delegar en la persona moral del fiduciario la facultad de contratar los seguros objeto de este plan por su cuenta y representación y para su exclusivo beneficio del plan. También custodiara e invertirá los fondos provenientes del pago de seguros del plan.

B.- ASPECTOS FISCALES

Esta actividad es apoyada por las mismas autoridades gubernamentales al permitir mediante las disposiciones de la Ley del Impuesto Sobre la Renta que el trabajador y sus familiares favorecidos con estos beneficios tengan un tratamiento fiscal especial, permitiendo la exención de impuestos, por otro lado, al patrón que concede la prestación se le permite deducir dicho gasto de las utilidades para la determinación del impuesto.

Los gastos de Previsión Social, que son deducibles para efectos de impuestos, están descritos en la Fracción XII y XIII del artículo 24 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, así como los artículos 53 y 77 fracción IV y XXII de la misma Ley y los artículos 21, 22 y 23 de su Reglamento.

Fracción XII.- Que cuando se trate de gastos de Previsión So-

cial, las prestaciones correspondientes se destinen a :

Jubilaciones, Fallecimientos, Invalidez, Servicios Médicos y Hospitalarios, Subsidios por Incapacidad, Becas Educativas para los trabajadores o sus hijos, fondos de Ahorro, Guarderías Infantiles o actividades culturales y deportivas y otras de naturaleza análoga.

Fracción XIII.-Que los pagos de primas por seguros o fianzas se hagan conforme a las leyes de la materia y correspondan a conceptos que esta ley señala como deducibles o que en otras leyes se establezca la obligación de contratarlos y siempre que, tratándose de seguros durante la vigencia de la póliza no se otorguen préstamos a persona alguna, por parte de la aseguradora, con garantía de las sumas aseguradas, de las primas pagadas o reservas matemáticas.

Art.53.-DEDUCCIONES PARA INSTITUCIONES DE SEGUROS.

Las instituciones de seguros harán las deducciones a que se refiere este título, dentro de las que considerarán la creación incremento de las siguientes reservas :

- 1.-Las de riesgos en curso y por obligaciones pendientes de cumplir por siniestros y por vencimientos.
- 2.-La de compensaciones adicionales de los agentes de seguros, previa autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- 3.-La de Previsión.

Cuando al término de un ejercicio proceda disminuir las reservas a que se refiere este artículo en relación con las

constituidas en el ejercicio inmediato anterior, la diferencia se acumulará como ingreso en el ejercicio en que proceda la disminución.

También serán deducibles los llamados dividendos o intereses - que como procedimiento de ajuste de primas paguen o compensen - las instituciones a sus asegurados, de conformidad con las pólizas respectivas.

Art.77.-INGRESOS EXENTOS.

No se pagará el Impuesto Sobre la Renta por la obtención de los siguientes ingresos :

Frac.IV.-Reembolso de Gastos Médicos y de Funeral.

Los percibidos con motivo del reembolso de gastos médicos, dentales, hospitalarios y de funeral, que se concedan de manera general, de acuerdo con las leyes o contratos de trabajo.

Frac.XXII.-INGRESOS DERIVADOS DE CONTRATOS DE SEGUROS.

Las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los asegurados y por beneficiarios cuando ocurre el riesgo amparado por las pólizas contratadas, así como las que por dividendos, intereses o por la terminación del contrato de seguro o valor de rescate del mismo se entreguen a quien contrato el seguro o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado, siempre que no se trate de seguros relacionados con bienes de activo fijo.

ARTICULOS 21, 22 Y 23 DEL REGLAMENTO.

Art.21.-Las pensiones o jubilaciones que podrán deducirse en los términos de la fracción XII del artículo 24 de la ley, sean aquellas que se otorguen en forma de rentas vitalicias adicionales a las del Instituto Mexicano del Seguro Social, pudiéndose pactar rentas garantizadas siempre que no se otorguen anticipos sobre la pensión ni se entreguen al trabajador las reservas constituidas por la empresa.

Sin embargo cuando los trabajadores manifiesten expresamente su conformidad, la renta vitalicia podrá convertirse en cualquier forma opcional de pago establecida en el plan, siempre que no exceda del valor actuarial de la misma.

Tratándose de empleados de confianza el monto de la pensión o jubilación se calculará con base en el promedio de las percepciones obtenidas en los últimos doce meses como mínimo.

Cuando se hubiese trasferido el valor actuarial correspondiente al fondo de pensiones del trabajador se computará el tiempo de servicio en otras empresas.

Art.22.-Las aportaciones que efectúen los contribuyentes a fondos de ahorro en los términos de la fracción XII del artículo 24 de la ley, serán deducibles cuando se ajusten a los plazos y requisitos siguientes :

I.-Que el monto de las aportaciones no exceda del 13% de los salarios de cada trabajador incluyendo los empleados de confianza, considerando exclusivamente la parte que no exceda de diez

veces el salario mínimo general del área geográfica en que se encuentre el establecimiento en que el trabajador preste sus servicios. Tratándose de establecimientos ubicados en el extranjero, se considerará el salario mínimo general que rija en el Distrito Federal.

II.-Que el plan establezca que el trabajador pueda retirar las aportaciones de que se trata, únicamente al término de la relación de trabajo o una vez por año.

III.-Que el fondo se destine a otorgar préstamos a los trabajadores participantes y el remanente se invierta en valores a cargo del Gobierno Federal inscritos en el Registro Nacional de Valores e Intermediarios, así como en Títulos valor que se coloquen entre el gran público inversionista o en Valores de Renta Fija que la Secretaría determine.

Art.23.-Los gastos que se hagan por concepto de Previsión Social, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 24 fracción XII de la ley, deberán cumplir los siguientes requisitos :

I.-Que se efectúen en Territorio Nacional excepto los relacionados con aquellos trabajadores que presten sus servicios en el extranjero, los cuales deberán estar relacionados con la obtención de los ingresos del contribuyente.

II.-Que se efectúen en relación con los trabajadores del contribuyente y en su caso con el cónyuge o la persona con quien viva en concubinato o con los ascendientes o descendientes

cuando dependan económicamente del trabajador, incluso tengan -
parentesco civil, así como los menores de edad que satisfaciendo el requisito de dependencia económica vivan en el mismo domicilio del trabajador. En el caso de prestaciones por fallecimiento no será necesaria la dependencia económica.

C O N C L U S I O N E S

PRIMERA:

En la edad media ya encontramos el sistema gremial que tienden a satisfacer las necesidades de previsión social en forma de cajas de enfermedades, ayudas de entierro etc.

Estas sociedades eran organizadas por los gremios, obreros y a veces por el mismo estado.

Tenemos que la primera institución de seguro social fuera creada por los mineros, ya que estos estaban sujetos a mayores riesgos.

SEGUNDA:

En el siglo pasado es Alemania donde se crea el seguro obligatorio para todos los trabajadores amparados por el Estado, es donde se instituye el Seguro para riesgos de enfermedad y posteriormente el de accidentes.

TERCERA:

En el presente siglo, los países del mundo se empiezan a preocupar en el bienestar y el futuro del trabajador, se hacen estudios y propuestas y se comienza a legislar sobre Seguridad Social. Surgen en los diferentes países leyes sobre los Seguros Sociales.

CUARTA:

En la U.R.S.S. el sistema es completo ya que cubre diversos riesgos como lo son:

- a) Imposibilidad total para el trabajo.

- b) Enfermedad.
- c) Accidente de trabajo.
- d) Maternidad.

Así mismo Tienen derecho a la asistencia económica en la vejez. También los ciudadanos extranjeros que trabajen en la Unión - Soviética como sus familiares tendrán los mismos beneficios que los locales.

Este tipo de Seguro estaba organizado sobre la base del monopolio del Estado.

QUINTA:

En México, los diferentes Gobernantes antes de la Revolución se preocuparon por proteger al trabajador.

SEXTA:

Con el triunfo de la Revolución nace la actual Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en su artículo 123 - fracción XXIX ya nos habla de la necesidad de que existieran - cajas de seguros sobre Invalidez, Vida, Cesación etc.

SEPTIMA:

La Ley del Seguro Social fue publicada el 15 de Enero de 1943, creándose en consecuencia el Instituto Mexicano del Seguro Social, el 14 de Mayo de ese mismo año se publica su Reglamento. Desde la fecha de la creación del I.M.S.S. a la actualidad, han existido reformas, pero estas siempre han sido con el carácter de proteger al trabajador.

OCTAVA:

Los comerciantes Lombardos importaron a Inglaterra el Seguro y poco a poco Londres se fue convirtiéndolo en el centro de los Seguros del mundo Occidental.

NOVENA:

El Seguro de personas surge como una necesidad que tenía el patrón para con sus trabajadores, ya que estos estaban desprotegidos en caso de algún involuntario de trabajo.

DECIMA:

Después de la Independencia de México se siguió teniendo la influencia de España en materia de Seguros.

DECIMA PRIMERA:

En el presente siglo es en los Estados Unidos de Norteamérica donde surgen los Seguros de Vida llamados de Grupo y/o Colectivos.

DECIMA SEGUNDA:

El 25 de Mayo de 1926 se expide la Ley General de Sociedades de Seguros, rige a las Aseguradoras en todos los Ramos del Seguro Hasta 1935.

En ese mismo año en el mes de Agosto se expide la Ley vigente y la Ley General de Instituciones de Seguros.

DECIMA TERCERA:

Seguros de Grupo y Colectivos :

Como podemos ver este tipo de Seguros son opcionales para la --

empresa que los contrata, son de bajo costo y renovables a un -
año.

En este Seguro las aportaciones para la adquisición del mismo -
podrán ser por partes iguales, tanto del trabajador como de la
empresa.

DECIMA CUARTA:

Los beneficios que se contrate al adquirir este tipo de Segu- -
ros serán independientes del otorgado por el Seguro Social.

Las opciones más recomendables para la contratación de estos -
Seguros son la siguientes :

a) Cuando los contratantes sean mayor de 50 y menor de 100 -
podrán comprar un Seguro de Grupo.

Para obtener este tipo de beneficio tendrá que ser necesario -
que el personal que contrata este Seguro deberán ser de la -
misma empresa o patrón, pertenecer a una misma razón social.

b) Cuando el personal sea menor de 50 trabajadores podrán -
comprar el Seguro Colectivo.

DECIMA QUINTA:

Esto es con las mismas características del inciso a) Cuando -
el empleado se quiere desligar de este beneficio, tendrá el -
derecho de adquirir un Seguro Individual.

Una vez que se han adquirido este tipo de beneficios como lo -
son :

a) Fallecimiento (Cobertura básica o con beneficios opcionales.

b) Invalidez total y permanente.

c) Gastos Médicos Mayores.

Las personas se encontrarán aseguradas desde el momento en que el contrato a sido aceptado por la compañía aseguradora para esto deberán llenar ciertos requisitos como lo son :

- a) Nombre de la empresa, donde prestan sus servicios.
- b) domicilio de la misma.
- c) Llenar consentimiento individuales, en estos últimos se deberá proporcionar el nombre o nombres de los beneficiarios, en caso que el titular falleciera.

Estos beneficios serán independientes al otorgado por el Seguro Social o sea que en caso de siniestro el beneficiario obtendrá de la compañía aseguradora el monto de la suma asegurada que se encontraba vigente en el momento del siniestro, la cónyuge a su vez tendrá derecho, a la pensión que paga el Seguro Social.

DECIMA SEXTA:

Cuando se haya adquirido el beneficio de doble indemnización por accidente en un fallecimiento, la cónyuge o beneficiario obtendrá el doble de la suma asegurada por muerte natural, independientemente del beneficio de la pensión que le concede el Seguro Social.

DECIMA SEPTIMA:

Otra ventaja que tiene este tipo de Seguros es cuando por enfermedad o accidente se le declara la invalidez total y permanentemente, este beneficio será independiente al otorgado por el

Seguro Social.

Para que se de este tipo de beneficios, el asegurado no deberá entrar en las exclusiones fijadas por la compañía de seguros. Para completar este tipo de beneficios, tenemos el de Gastos Médicos. Este beneficio se concede a los Titulares de la póliza como a su cónyuge e hijos hasta 18 años o 24 años siempre y cuando se compruebe se encuentren estudiando y no reciban remuneración alguna por trabajo desempeñado.

DECIMA OCTAVA:

Otra ventaja que se obtiene al adquirir este tipo de seguros es que la parte contratante participará de la utilidad que obtenga la compañía aseguradora por concepto de mortalidad y morbilidad. Esto quiere decir que recibirá la participación de acuerdo a la siniestralidad de la totalidad de las pólizas contratadas.

DECIMA NOVENA:

Todas estas características son tanto para los Seguros Colectivos como de Grupo. Tenemos también que estos Seguros son de bajo costo para los contratantes, son de protección social y son deducibles de impuesto para las empresas o comercios que los contraten.

VIGESIMA:

Como podemos ver este Plan que propongo sirve para establecer en las empresas con personal mayor a 100 empleados, un programa de Previsión Social acorde a sus particulares necesidades.

Esto es, tanto la empresa como los trabajadores obtendrán beneficios extras de los que concede la Ley.

VIGESIMA PRIMERA:

Con la implantación del Plan los empleados obtienen beneficios como son seguros que cubren la eventualidad de: Fallecimiento, Invalidez Total y Permanente, Gastos Médicos y Hospitalarios, - Subsidio de Incapacidad Temporal y un Fondo de Retiro Voluntario.

Para que este Plan funcione se debe de integrar un Comité Técnico integrado por el mismo personal, este Comité se encargará de supervisar y administrar el Plan.

VIGESIMA SEGUNDA:

También se debe de contratar un Fideicomiso con cualquier institución autorizada, esto con el fin de que ambos se encargen de contratar los servicios de la Consultora y Administradora de Beneficios para Empleados, quien se encargará de asesorar al Comité Técnico.

VIGESIMA TERCERA:

Tenemos que este Plan no será costeable para la empresa que lo ponga ya que del mismo salario del trabajador (100%) se partirá para quedar así, se distribuirá el salario laboral del empleado entre 70% como salario en efectivo fiscal y un 30% en prestaciones de Previsión Social.

Mediante este procedimiento la empresa no incurre en ningún -

costo adicional, ya que las aportaciones a Previsión Social, -
las tomaría del salario en efectivo.

Con esto el empleado recibirá un ingreso real superior al ac- -
tual a través de un fondo de ahorro y pagos de Previsión so- -
cial.

VIGESIMA CUARTA:

Los beneficios que se obtendrían por la compra de este tipo de
Plan son los siguientes :

FALLECIMIENTO.- Con este beneficio la cónyuge beneficiaria o -
beneficiarios obtendrán cuando el titular del seguro fallece -
una suma igual o equivalente a 25% de la suma asegurada, siem--
pre y cuando este no sea menor de 24 meses de sueldo.

Cuando se tiene cubierto el beneficio de doble indemnización -
por muerte accidental, la cónyuge o los beneficiarios obtendrán
el equivalente a 48 meses de sueldo.

Esta cantidad es la que se ofrece como garantía en caso de si--
niestro ya que en este plan la suma asegurada será mayor a la -
que se entrega a los beneficiarios.

Cuando a consecuencia de algún accidente o enfermedad el ase- -
gurado queda invalidado total y permanente, obtendrá una canti-
dad equivalente a la de por muerte natural.

La diferencia obtenida de este tipo de siniestros irán a parar
al Fideicomiso el cual se encarga de administrar el fondo de -
retiro voluntario.

Este tipo de beneficios son adicionales al que se tiene otor--

gado por el Seguro Social en forma de pensión ya sea por fallecimiento o invalidez.

VIGESIMA QUINTA:

GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS.- Este beneficio cubrira los gastos del trabajador, de su cónyuge legal y cualquier hijo registrado por el trabajador y que dependa económicamente del mismo y sean menores de 18 años o hasta 25 años siempre y cuando se encuentren estudiando y no perciba salario alguno por trabajar.

Con este beneficio se pagarán los gastos erogados tanto por el trabajador, cónyuge e hijos, estos gastos pueden ser hospitalarios, honorarios médicos (Cirujano, Ayudante, Anestesiista etc.) notas de farmacia, facturas por estudios de laboratorio excepto check-up, etc.

Al hacer un gasto el trabajador, con la ventaja que le ofrece el plan recuperara un 80% del gasto erogado, ya que el otro 20% será integrado en un 10% de deducible y el otro 10% será el coaseguro.

Este beneficio es independiente al del Seguro Social.

VIGESIMA SEXTA:

SUBSIDIO DIARIO DE INCAPACIDAD.- Con este beneficio se obtendrá un subsidio por incapacidad temporal y es con el fin de completar la diferencia pagada por el Seguro Social.

VEGESIMA SEPTIMA:

RETIRO VOLUNTARIO.- Para la creación de este fondo se deberán cumplir las siguientes condiciones:

- 1.-Recibir los dividendo pagados por la aseguradora a los asegurados por concepto de algún siniestro y que se haya convenido depositarlo en el Fideicomiso.
- 2.-Las diferencias en el beneficio de los trabajadores entre el pago de la aseguradora, cuando ocurra un siniestro, en base a los pagos a los beneficiarios.
- 3.-La rotación que exista de trabajadores y que no hayan adquirido el derecho de retirar el 100% de lo que le corresponda del fondo.
- 4.-Rendimientos procedentes del capital invertido en el Fideicomiso según las instrucciones del Comité Técnico.
- 5.-Los anticipos a cuenta de dividendo y siniestros serán deducidos del total del fondo.

Como podemos ver este tipo de plan funciona en base a su experiencia propia.

Esto quiere decir que para que el fondo exista es necesario que la siniestralidad sea favorable, es decir que la diferencia que se paga a la aseguradora por concepto de seguros y la siniestralidad irá directamente al Fideicomiso para que este a su vez lo invierta y así este capital va directamente a integrar el Fondo de Retiro Voluntario.

VEGESIMA OCTAVA:

Para el pago de siniestros se deben llenar ciertos requisitos -
como son :

a) Cuando se trata de fallecimiento se debe de llenar las for-
mas de la aseguradora, misma que estarán a disposición de los
beneficiarios en la oficina de recursos humanos.

Aparte de este tipo de formas es necesario anexar Acta de De- -
función, Acta de Nacimiento del Finado Ultimo recibo de suel- -
do del mismo, si ocurre en accidente el siniestro además de lo
anterior deberá anexar copia de la Averiguación Previa del -
Ministerio Público, Certificado Médico Forense, Actas de Matri- -
monio si hubiese sido casado y Nacimiento de los hijos, Carta -
Testamentaria del asegurado donde dice los nombres de los be- -
neficiarios y los '%' que le deben corresponder a cada uno, -
Carta de adhesión al Plan, Consentimiento Individual del Ase- -
gurado, esto último lo debe de tener bajo control la oficina -
de Recursos Humanos.

b) Cuando al empleado se le declara la Invalidez Total y Per- -
manente deberá anexar, Carta de Adhesión al Plan, Consenti- -
miento Individual de ingreso al Plan, último recibo del pago -
de su sueldo y la forma MT4 expedida por el Seguro Social donde
dice la consecuencia de la Invalidez Total y Permanente y la -
fecha del inicio de la misma.

c) En caso de tratarse de Gastos Médicos Mayores se deberá lle-
nar las formas de Informe Médico y Aviso de Accidente o Enfer-

medad, mismas que le serán proporcionadas al empleado en la -
oficina de Recursos Humanos.

Para que este beneficio sea reintegrado deberá aparte de lo -
solicitado, anexas recibo o recibos de honorarios del médico -
tratante, ayudante, anestesista Etc. estos deberán llenar los -
requisitos solicitados por la ley, factura hospitalaria o de -
institución de salud autorizada, notas de farmacia, estas deben
ser acompañadas de las recetas médicas correspondientes, factu-
ras por estudios de laboratorio, también deben ser acompañadas
de sus órdenes respectivas etc.

d) Para el pago del Subsidio de Incapacidad Temporal será ne- -
cesario presentar la incapacidad expedida por el Seguro Social
y el aviso de accidente o enfermedad para que sea pagado este -
beneficio.

e) El Fondo de Retiro Voluntario, este como ya dijimos es admi-
nistrado por un Fideicomiso el cual se encarga de invertir los
capitales captados por dividendos, fallecimiento, rotación de -
personal y de las diferencias en el beneficio de los trabajado-
res entre el pago de la aseguradora cuando ocurra un siniestro,
en base a los pagos a los beneficiarios.

También el Fideicomiso mensualmente enviará al Comité Técnico -
del Plan los estados de cuenta del fondo.

VIGESIMA NOVENA:

Otra ventaja que se obtiene del Plan, es que es apoyada por las mismas Autoridades Gubernamentales al permitir, mediante las - disposiciones de la Ley del Impuesto Sobre la Renta que tanto - el trabajador y el patrón obtengan beneficios.

a) El trabajador será favorecido con estos beneficios y tengan un tratamiento fiscal especial permitiendo la excensión de im- puestos.

b) El patrón al conceder este tipo de prestaciones se le permiti- rá deducir dicho gasto de las utilidades para la determina- - ción del impuesto.

BIBLIOGRAFIA

FUENTES

- Arce Cano Gustavo, (I) De los Derechos Sociales a la Seguridad Social, Ed. Porrúa, S.A., México, 1972.
- Caso Angel, (II) Derecho Mercantil, Ed. Cultura, México, 1939.
- Cervantes Ahumada Raúl, (III) Derecho Mercantil, Ed. Herrero, S.A., México, 1984.
- De la Cueva Mario, (IV) Derecho Mexicano del Trabajo II, Ed. Porrúa, S.A., México, 1966.
- García Cruz Miguel, (V) La Seguridad Social en México (Bases, Evolución, Importancia Económica, Social, Política y Cultural) Tomo II 1958-1964, Ed. B. Costa-Amic, México, 1973.
- García Flores Margarita, (VI) La Seguridad Social y la Población Marginada en México Ed. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1973.
- Garriguez Joaquín, (VII) Curso de Derecho Mercantil Tomo II, 6a. Edición, Ed. Porrúa, S.A. México, 1979.
- González Diaz Lombardo Francisco, (VIII) Estudio la Mutualidad Nacional del Profesionista Libre, Revista del Instituto Técnico Administrativo del Trabajo, No. 11 pp. 103 y ss. México, 1960.
- (IX) El Derecho Social y la Seguridad Social Integral, Ed. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1973.

- Maclean Joseph B., (X) El Seguro de Vida, Ed. Continental, S.A., 1a. Edición en Español, México, 1965.
- Magee, John H., (XI) Seguros Generales Tomo I 2a. Edición, Ed. Unión Tipográfica Editorial Hispano-Americana, (UTEHA), México, 1947.
- Pina Vara Rafael, (XII) Elementos del Derecho Mercantil Mexicano, Ed., Porrúa, S.A., México, 1973.
- Rodríguez Rodríguez Joaquín, (XIII) Derecho Mercantil Tomo II, Ed., Porrúa, S.A., 13a. Edición, México, 1978.
- Sánchez Calero Fernando, (XIV) Curso de Derecho del Seguro Privado I, Ed., Sever-Cuesta Valladolid España, Bilbao, 1961.
- Subirat Salas J., (XV) Elementos para la Historia del Seguro de Vida, Ed., Amicalee Buenos Aires, Argentina, 1957.
- Tena Sock Rafael-Hugo Italo Morales Saldaña (XVI) Derecho de la Seguridad Social, 2a. Edición, Ed., Pac, S.A. México, 1982.
- Trueba Urbina Alberto, (XVII) Nuevo Derecho Internacional Social, Ed., Porrúa, S.A., México, 1979.
- Ley del Seguro Social, (XVIII) Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1973.
- Seguros América, (XIX) Manual de Seguros de Grupo y Colectivo, México, 1990.
- La Nacional Compañía de Seguros, (XX) Manual de Seguro Colectivo, Accidentes y Enfermedades, México, 1990.
- Reglamento de Seguro de Grupo, (XXI) Publicado en el Diario Oficial de 7 de Julio de 1962.

B I B L I O G R A F I A G E N E R A L

- | | |
|--|--|
| Broseta Pont Manuel, | Manual de Derecho Mercantil
3a. Edición. Ed. Tecnos Ma-
drid, Madrid España, 1978. |
| Gratton Julio, | Esquema de una Historia del
Seguro, Ediciones Arayu,
Buenos Aires, 1955. |
| Ruiz Rueda Luis, | El Contrato de Seguro, Ed.
Porrúa, S.A., México, 1978. |
| Constitución Política de los
Estados Unidos Mexicanos, | Ed. Comisión Federal Electo-
ral, México, 1988. |
| Ley del Seguro Social, | Ed. Themis, México, 1991. |
| Ley del Impuesto sobre la Renta, | Dofiscal Editores, México,
1991. |
| Reglamento de la Ley del
Impuesto Sobre la Renta, | Dofiscal Editores, México,
1991. |
| Secretaría de Hacienda y Crédito
Público Dirección General de
Crédito, Legislación sobre
Seguros Tomo I., | Editado en el Departamento
de Gráficas de la Secretaría
de Hacienda y Crédito Público
México, 1958. |
| Ley General de Instituciones
y Sociedades Mutualistas de
Seguros. p. 976 | Legislación Mercantil y Leyes
Conexas Ed. Andrade, S.A.,
México. |
| Reglamento del Seguro de
Grupo, pp. 1032-7 a 1032-14 | Publicado en el Diario Ofi-
cial de 7 de Julio de 1962. |