



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“ARAGON”

ESTUDIO JURIDICO SOBRE LA RENUNCIA
DE LAS ASEGURADORAS PARA INVOCAR
LA NULIDAD DE LOS CONTRATOS DE
SEGURO SOBRE LAS PERSONAS

T E S I S
Que para obtener el Título de:
LICENCIADO EN DERECHO
P r e s e n t a :
JAVIER VELAZQUEZ CORTES

FALLA DE ORIGEN

San Juan de Aragón Edo. de Méx.

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A mi madre

A mi padre, en su memoria

A mi esposa Adriana

A mis hermanos y

hermanas

A todos aquellos que

hicieron posible este sueño

INDICE

pages.

INTRODUCCION

CAPITULO PRIMERO

CONCEPTOS GENERALES

- | | |
|--|-------|
| 1.1.- Concepto. Naturaleza. Características y Clases de Seguro. | 1-15 |
| 1.2.- El Contrato de Seguro. su origen. | 16-24 |
| 1.3.- El Seguro sobre las personas. modalidades y características. | 25-44 |
| 1.4.- Cláusulas más importantes en el Contrato de seguro sobre las personas. | 45-58 |
| 1.5.- La Cláusula de Indisputabilidad. concepto. naturaleza. características y clases. | 59-67 |
| 1.6.- La Cláusula de Indisputabilidad. su origen. | 68-71 |

CAPITULO SEGUNDO

LA APLICACION DE LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO SOBRE LAS PERSONAS.

- | | |
|---|-------|
| 2.1.- Campo de aplicación de la cláusula de Indisputabilidad en el contrato de seguro sobre las personas. | 72-75 |
| 2.2.- Redacción de la cláusula de Indisputabilidad en el contrato de seguro sobre las personas. | 76-86 |

FALLA DE ORIGEN

- 2.3.- Necesidad de una correcta legislación 87-94
de la figura denominada indisputabili-
dad en el contrato de seguro sobre las
personas.

CAPITULO TERCERO

LA PROBLEMATICA JURIDICA Y PRACTICA DE LA INDISPUTABILIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO SOBRE LAS PERSONAS.

- 3.1.- Excepciones a la Indisputabilidad. 95-109
- 3.1.1. Error y Dolo en el Contrato de Seguro.
- 3.1.2. Falta de Existencia del Contrato de Se-
guro.
- 3.1.3. La inexacta o falsa declaración de la
edad del asegurado al momento de sus-
cribir la solicitud para el Contrato de
seguro.
- 3.2.- Propuesta de reforma al articulo 186 de 110-114
la Ley Sobre el Contrato de Seguro
actualmente en vigor.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

En la actualidad, muchas personas contratan seguros sobre su propia integridad física, su casa, su automóvil o sobre otros objetos con un valor económico. Estos contratos se realizan por lo general, con la idea de que si dichas personas llegaran a tener un accidente y en su caso fallecer, o sus bienes se perdieran o sufrieran algún deterioro, la compañía aseguradora pagará o repondrá el evento asegurado.

Sin embargo en la práctica y en específico en los contratos de seguros sobre las personas, es común que las empresas aseguradoras se nieguen a pagar, sosteniendo que los asegurados omiten o declaran falsamente datos al momento de suscribir las solicitudes de los contratos de seguro. Cabría mencionar que en algunos casos esto es cierto, pero en otros, los asegurados en forma involuntaria omiten declarar algún dato o quizás la propia empresa aseguradora no lo pregunta, y aún así las aseguradoras niegan el pago.

Ante esta circunstancia tan especial, la ley que regula al contrato de seguro en México, contempla una figura

II

denominada "INDISPUTABILIDAD" la cual no es otra cosa que la imposición de una renuncia de las compañías aseguradoras para que se abstengan de DISPUTAR LA VALIDEZ de todo contrato de seguro sobre las personas, después de concluido el segundo año de vigencia del acuerdo de voluntades antes mencionado, sin embargo, en la práctica actual, esta figura emana de tan sólo un artículo en la ley; el cual es bastante obscuro y ambiguo, por lo que las aseguradoras, han hecho de esta figura un elemento del contrato, que manejan según convenga a sus intereses, transgrediendo a la ley, y dejando siempre a los asegurados en desventaja.

De lo anterior surge la inquietud en mí, para elaborar una investigación donde hago un estudio pormenorizado de esta renuncia, y además, aporto una reforma a la ley en materia de seguros, con el objeto de que al menos la figura aquí descrita, sea entendible y se aplique en forma correcta en todos y cada uno de los contratos de seguro sobre las personas, con el fin de dar la certeza y seguridad que las personas buscamos al realizar este tipo de contratos.

CAPITULO PRIMERO

CONCEPTOS GENERALES

1.1.- Concepto, naturaleza, características y clase de seguro.

1.2.- El contrato de seguro, su origen.

1.3. El seguro sobre las personas, modalidades y características.

1.4. Cláusulas más importantes en el contrato de seguro sobre las personas.

1.5. La cláusula de indisputabilidad, concepto, naturaleza, características y clases.

1.6. La cláusula de indisputabilidad, su origen.

1.1 CONCEPTO, NATURALEZA, CARACTERISTICAS Y CLASES DE SEGUROS.

CONCEPTO. La definición que da la Ley Sobre el Contrato de Seguro (en lo sucesivo L.S.C.S.) es el siguiente: "Art. 1.- Por contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad en el contrato de seguro".

Este concepto, en mi opinión, resulta bastante ambiguo, ya que no menciona datos y elementos que son importantes en la idea que pretendo dar en este trabajo; sin embargo, es importante señalar que contiene la idea principal del seguro, lo cual en líneas adelante mencionaré. Así tenemos que diversos tratadistas en materia de seguros han desarrollado sus propios conceptos, pero el que me parece el más indicado, al menos para mi idea del seguro, es el que brinda el tratadista español Ignacio H. De Larramendi, el cual indica: "El contrato de seguro es aquel por el que una persona -el asegurador- se compromete a indemnizar a otra -el asegurado- las pérdidas que este sufra a consecuencia de determinado evento, a cambio de una cantidad pagada llamada regularmente prima. El documento que contiene y regula las relaciones entre asegurador y asegurado recibe el nombre de póliza".¹

¹ De Larramendi; Ignacio H., "Manual Básico de Seguros", Editorial Mapfre, Madrid, 1981, pág. 33.

De los conceptos anteriores que se han desglosado, se desprenden cuatro elementos que constituyen el contrato a saber:

- a) una empresa aseguradora,
- b) un asegurado,
- c) la obligación de resarcir el daño o pagar una suma de dinero y
- d) una prima.

A continuación y sólo con el ánimo de dar una idea óptima de lo que deberá de entenderse como contrato de seguro, se analizan brevemente los elementos referidos:

a) Empresa Aseguradora. Es la empresa que deberá pagar la suma de dinero o indemnización al ocurrir el evento asegurado. Como se mencionó, su finalidad principal es prestar un servicio de cobertura de un posible riesgo o siniestro a cambio del pago de primas, por lo que, en este sentido, no se compromete a entregar inmediatamente un producto material, sino a actuar en lo futuro. El servicio que presta se concreta a otorgar una prestación económica que se lleva a cabo bajo la forma de indemnización, reparación o reposición de los objetos dañados. Para prestar el servicio comentado, la empresa aseguradora debe acumular los fondos que recibe mediante las primas, e invertirlos del mejor modo posible, con el objeto de mantener un grado aceptable de

liquidez para hacer frente en todo momento a sus compromisos.

Las entidades aseguradoras suelen revestir el carácter jurídico de sociedad anónima o de mutualista o de cooperativa. La distinción fundamental radica en que las sociedades anónimas se originan por las aportaciones de dinero hechas por los accionistas, con ánimo de lucro, mientras que las sociedades mutualistas surgen de una voluntad cooperativa de los mutualistas para resolver sus problemas por algún riesgo, sin ánimo de lucro.

En México la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (en lo sucesivo L.G.I.S.M.S.), determina la forma de organización, funcionamiento, contabilidad, inspección, vigilancia e incluso disolución de toda empresa de seguros (anónima o mutua).

b) El Asegurado. Es toda aquella persona cuyo riesgo es asumido por un asegurador. En el caso de la mutualidad tiene además, la condición de mutualista y es así sujeto de derechos y obligaciones inherentes a esta condición. El asegurado es por lo tanto, la persona física o moral que, estando expuesta a un riesgo asegurable decide transferirlo a una empresa de seguros mediante el pago de una prima. La ley mexicana, algunas veces le denomina asegurado y

otras contratante de seguro.

De lo anterior es importante indicar que en las dos grandes ramas del seguro, es decir, el de daños y el de personas; asegurado resulta ser, en el primero, la persona física o moral cuyo interés económico en la cosa que se cubre con el seguro y en el segundo, es la persona física respecto de cuya existencia, integridad física, salud o vigor vital se contrata la cobertura (arts. 85, 87 y 151 de la L.S.C.S.).

Por último, en la práctica aseguradora es frecuente aplicar también el calificativo de asegurada a la cosa respecto de la cual se celebra el contrato y también al evento dañoso asegurado, y así, son usuales las expresiones "automóvil asegurado", "buque asegurado", "riesgo asegurado", etc., hecho erróneo, pues la institución de seguro, no asegura a la persona o a las cosas, sino que como se comentó, al ocurrir el evento previsto resarcirá el daño o pagará una suma de dinero, por lo tanto, lo verdaderamente asegurado es el resarcimiento de daños o pago de una suma de dinero.

c) La obligación de resarcir un daño o pagar una suma de dinero. Como se mencionó en el punto anterior, esta es la principal obligación de la compañía de seguros, inherente al contrato de seguros. Este elemento resulta ser uno de los más discutidos por los tratadistas en materia de

seguros, puesto que no hay un acuerdo contundente en su determinación. Para unos, como el Lic. Arturo Díaz Bravo, "... es solamente el pago de la suma asegurada, según se trate de seguros de daños o personas, prestación esencialmente eventual..."², para otros, como el Lic. Joaquín Rodríguez Rodríguez, "... es la cobertura del riesgo por el asegurador, con su garantía desde un determinado momento en que se inició el contrato hasta aquel en que se extingue el lapso durante el cual el riesgo queda cubierto por la empresa de seguros..."³.

d) Una prima. Se llama prima a la cantidad o precio que ha de cubrir el asegurado o el contratante del seguro, a la aseguradora como pago del servicio que esta les presta y que está debidamente especificado en la póliza de seguro. Como todo precio, debe de ser remunerador para uno y justo para el otro. La prima debe de compensar suficientemente los gastos del asegurador por la emisión de la póliza y al propio tiempo ser competitiva y equilibrada con el servicio ofrecido a cambio de ella.

En México, la prima no se fija arbitrariamente por

² Díaz Bravo, Arturo, "Contratos Mercantiles", Colección Textos Jurídicos universitarios, Editorial Harla, Tercera Edición, 1989, pág. 137.

³ Rodríguez Rodríguez, Joaquín, "Derecho Mercantil", Tomo II, Editorial Porrúa, 21a. Edición, 1994, pág. 143.

la empresa de seguros, puesto que de la L.S.C.S. (artículos 31 a 34) se desprende que debe ser calculada de la siguiente manera:

- 1.- En función del tiempo;
- 2.- En función de la gravedad del riesgo (o sea de la probabilidad de su realización);
- 3.- En función de la suma asegurada.

La prima de seguro es un elemento esencial del contrato de seguro, ya que la mora en su pago acarreará la rescisión automática del seguro (artículo 40 L.S.C.S.). Al respecto, el tratadista argentino Gustavo Raúl Meilij, en su obra indica: "La carga más importante del asegurado está constituida por el pago en término de la prima de seguro que resulta ser, además, la prestación principal a su cargo. El incumplimiento de esta carga provoca la "suspensión" de la cobertura".⁴

NATURALEZA. Al hablar de la naturaleza jurídica del seguro, forzosamente debemos apegarnos a lo que determina la ley en México, en específico el Código de Comercio, ya que este cuerpo de leyes indica en su artículo 75, fracción XVI, lo siguiente:

⁴ Meilij, Gustavo Raúl, "Manual de Seguros", Editorial De Palma, Buenos Aires, Argentina, 1987, pág. 58.

"Art. 75.- La ley reputa actos de comercio:
XVI.- Los contratos de seguros de toda especie,
siempre que sean hechos por empresas."

Por lo consiguiente, la naturaleza jurídica del contrato de seguro es eminentemente mercantil.

Asimismo, algunos tratadistas nacionales e internacionales señalan que el contrato en estudio, al ser de naturaleza mercantil, es por consecuencia perteneciente al derecho privado.

Sin embargo, en México, el contrato de seguro podría también conceptualizarse como de naturaleza de derecho público, en virtud de que según el artículo 36 de la L.G.I.S.M.S., las aseguradoras antes de ofrecer sus contratos deben registrarlos y ponerlos a consideración de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, órgano rector de las aseguradoras en México y dependiente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para que ésta los autorice y posteriormente se puedan ofrecer al mercado de seguros. Esta situación convierte al seguro como un contrato de adhesión, en donde su origen es delimitado por un ente de la administración pública, lo que motiva a considerar dicho contrato, en mi opinión, como de naturaleza de derecho público.

Por otra parte el seguro es un contrato en masa, es decir, que necesita una contratación de gran cantidad de personas en sus diversas ramas, en tal virtud el contrato de seguro contiene al menos en México, una naturaleza de carácter empresarial, es decir, que sólo puede ser ofrecido y contratado mediante una empresa (art. 75 fracción XVI del Código de Comercio).

CARACTERISTICAS. Dentro de las principales características del contrato de seguro encontramos las siguientes:

1.- **Carácter Masivo.** Toda vez que no puede concebirse un contrato de seguro aislado, ya que le faltarían las bases técnicas fundamentales, es decir, no se podrían calcular ni la suma asegurada, ni la prima o contraprestación del asegurado.

2.- Como se mencionó en el concepto anterior, otra de sus características es su naturaleza empresarial, puesto que en nuestro país sólo pueden ser aseguradoras, las empresas debidamente constituidas y organizadas conforme a los artículos 5 y 7 de la L.G.I.S.M.S.

3.- Se considera al seguro como un contrato bilateral, por que impone derechos y obligaciones tanto para

el asegurado como para la aseguradora.

4.- En sus orígenes el contrato de seguro fue formal e incluso solemne, pero en la práctica mercantil actual, se ha convertido en un contrato consensual. Además se utiliza el documento denominado póliza, en la cual se plasma el acuerdo de voluntades celebrado e inclusive, junto con el documento referido, se adjuntan las condiciones generales de la misma, que son los clausulados que conforman la base del seguro contratado.

5.- El contrato de seguro es netamente oneroso, ya que si fuera de carácter gratuito, impediría la formación del fondo de primas, hecho esencial para la mecánica operativa del seguro, como anteriormente se explicó.

6.- Es aleatorio el contrato de seguro, ya que viene condicionado por la posibilidad de que ocurra o no el evento asegurado.

7.- El contrato de seguro tiene la característica principal de ser de adhesión, ya que el contratante o asegurado acepta normalmente las condiciones establecidas previamente por la empresa de seguros.

8.- Se dice que el contrato de seguro es de tracto

sucesivo, porque por el se crea la situación de asegurado, que perdura en el tiempo. Suele dividirse, por comodidad, en períodos generalmente anuales, en los que se va pagando la prima o prestación del asegurado, pero es indudable la unidad del contrato a través de los períodos. Al respecto el artículo 34 de la L.S.C.S. determina que deberá considerarse como período del seguro al lapso por el cual se ha calculado la unidad de la prima.

9.- El contrato de seguro es de buena fe, puesto que existe la obligación moral y jurídica del asegurado de declarar con verdad, hechos o datos importantes que le permitan a la aseguradora valorar en forma correcta el riesgo o evento que se va a asegurar. (artículos 8, 70, 77, 88, 95 y 115 de la L.S.C.S.). Por su parte, el asegurador está obligado a dar una información exacta sobre el contrato y a redactar su contenido en forma clara y precisa con el objeto de que el asegurado pueda comprender por sí mismo el alcance de los compromisos contraídos por ambas partes. (artículos 36 de la L.G.I.S.M.S. y 20 y 24 de la L.S.C.S.).

CLASES. En relación a la clasificación del contrato de seguro, la ley en México lo clasifica en dos grandes ramas: seguros contra daños y seguro de personas (título II y III de la L.S.C.S.) Esta clasificación se realiza sobre diferentes bases, señalándose a continuación las que me

parecen más importantes, pero es menester indicar, que para los efectos de este trabajo, sólo enumeraré y mencionaré los seguros de daños y en cuanto a los de personas realizaré una breve explicación, en virtud de que se hará un estudio más a fondo en el capítulo posterior. Los contratos de seguro se clasifican en:

I. Por su duración. Son aquellos que duran un período determinado, por lo general un año. Existen excepciones, siendo el caso como los de seguro de vida, en donde se conviene una duración mayor a un año, inclusive, para toda la vida del asegurado.

II. Atendiendo a la naturaleza del riesgo que se asegura, se establece la siguiente clasificación:

a) Personales; se relaciona con los riesgos inherentes a la persona humana, que afectan a su existencia o integridad, las principales ramas de estos seguros son:

- 1.- Seguro de vida.
- 2.- Seguro de accidentes personales.
- 3.- Seguro contra enfermedad.

III. Por número de asegurados; en los cuales se distingue entre el seguro individual y el seguro de grupo.

a) Individual; cada póliza corresponde a la cobertura de un solo riesgo o de un número limitado de riesgos unidos en una sola persona.

b) De grupo. Se emplea esta denominación o también la de seguro colectivo, en aquellos casos en que exista una sola póliza hecha por un solo contratante que cubre simultáneamente a numerosas personas sujetas al mismo riesgo, como por ejemplo, los empleados de una empresa.

IV. Por tipos de asegurados, tenemos:

a) Personales. Son aquellos seguros destinados a satisfacer las necesidades de los individuos en forma personal o empresarial. Esto ocurre, principalmente con los seguros de vida y de accidentes y enfermedades. Desde el punto de vista familiar, la muerte o accidente del individuo cuya aportación económica es importante para el sustento de la familia, acarrearía grandes problemas y carencias, por ello, estos seguros garantizan el mantenimiento de la situación económica cuando falta esa persona, ocupando así un lugar privilegiado en los planes de la familia. Esto se extiende al campo profesional en razón a la cantidad de pequeños y medianos negocios que desaparecen a la muerte de su propietario, y a la necesidad de cubrir emergencias de enfermedad o accidente cuando no se esté

protegido con alguna institución pública, como es el Instituto Mexicano del Seguro Social.

b) Empresariales o de empresa. Su aplicación a la empresa esta basada en la necesidad de afrontar las consecuencias económicas que puedan producirse al sobrevenir la muerte, enfermedad o invalidez de determinadas personas de puestos directivos, o en la demanda de planes de protección por parte de los empleados.

V. Por clase de asegurador, tenemos:

a) Públicos. Son aquellos cuya administración asume directamente el Estado, por razón de volumen o interés común. Se trata de toda la gama de los denominados seguros sociales: accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc. En ellos es el Estado el que determina las bases y estructuras del seguro y asume el riesgo en todo o en parte. La mayoría son además de carácter obligatorio. Un ejemplo de esta clase de seguro en que el Estado asume el riesgo es mediante la empresa Aseguradora Hidalgo, S. A., quien tiene todos los seguros de vida de los empleados del gobierno, aclarando que esto se da como prestación.

b) Privados. Por exclusión son todos aquellos seguros que se contratan por una persona física o moral, y

desde luego por voluntad propia.

VI. Por exigencia de su contratación, tenemos:

a) Obligatorios. Son aquellos cuya contratación esta exigida por la ley en determinadas circunstancias. Su finalidad suele ser la de proteger a las personas frente a riesgos básicos de alta probabilidad o en los que interviene el interés nacional. existe una gama muy amplia de estos contratos. sin embargo algunos se repiten con gran frecuencia y por ello merecen una mención especial, tales como.

1. Accidentes de trabajo.

2. Responsabilidad civil de autotransportes y automóviles.

3. Obligatorio de viajero, y:

4. Responsabilidad aérea. en cuanto afecta a la aviación comercial de los países miembros de la Asociación Internacional de Transporte Aéreo I.A.T.A. que cubre los daños sufridos en las personas y los causados a terceros.

b) Voluntarios. Son aquellos cuya contratación

depende de la voluntad exclusiva del contratante, coinciden en forma general con los seguros privados.

1.2 EL CONTRATO DE SEGURO, SU ORIGEN.

La necesidad de seguridad es inherente al ser humano. Desde su origen, el hombre siente la necesidad de estar seguro frente al medio en que vive. Sufre las consecuencias de situaciones climatológicas y de los ataques de animales o de otros hombres, por lo que buscando diversas formas de protección, entre ellas, surge la integración en tribus o grupos para autoprotegerse y crea viviendas rudimentarias que lo guardan de ciertos peligros. En esta etapa necesita ante todo, protección personal.

Al evolucionar el ser humano, el mismo comprueba que hay circunstancias mediante las cuales puede perder sus bienes total o parcialmente, observando además que para desarrollar sus incipientes actividades comerciales, ha de buscar algún tipo de protección económica frente a tales circunstancias y es aquí, cuando, con formas a veces curiosas, surge el seguro.

En relación con lo anterior los primeros indicios del seguro, según se sabe, se tuvieron en China, precisamente con los comerciantes de esta región, que se aventuraban a transportar sus mercancías, instalándolas en débiles embarcaciones que descendían por las corrientes de los grandes ríos continentales y, para evitar la ruina de alguno

de ellos, disponían que cada barca contuviera una parte de mercancía de cada comerciante, pues si dicha barca sufría algún accidente, el dueño de ésta no resistiría totalmente la pérdida. De este modo se estaba dando por primera vez el principio básico del seguro, el cual consiste, como ya se explicó en el punto anterior, en la prevención de un riesgo mediante el aseguramiento del objeto.

En Babilonia, que era un centro de intenso comercio terrestre y marítimo, y en donde se conocía ya la escritura, ciertas nociones de matemáticas, la astronomía, etc., y que además poseía ciertas leyes comerciales, se practicaba con más énfasis la importación y exportación de mercancías, y se realizaban expediciones comerciales, las cuales resultaban peligrosas por el bandillaje de aquella época, esto motivó que los financiadores de dichos viajes comerciales impusieran a sus clientes pagos por los riesgos latentes, argumentando que dichos riesgos aumentaban el <<coste>> de las travesías. Por otra parte, durante esta época, nos indica el tratadista español Ignacio H. De Larramendi que "... surge el Código de Hammurabi, el cual promocionaba la creación de una asociación que se encargaba de dar una nueva nave a los mercaderes que perdían la suya a causa de una tempestad y un nuevo asno al mercader que hubiese perdido el suyo..."⁵ En esta época, se

⁵ De Larramendi, Ignacio H., op. cit., pág. 2.

empiezan a dar las primeras entidades o empresas de seguro de que se tiene conocimiento.

De lo expuesto anteriormente, se puede apreciar, como desde sus primeras manifestaciones, el seguro aparece relacionado con las actividades comerciales y con los viajes de las mercancías a través de medios hostiles, lo que origina que el hombre lo vaya perfeccionando.

Más tarde, en Roma, se crean las organizaciones o sociedades de enterramiento (<<Collegia tenorium>>), fundadas por artesanos y actores, constituyendo estas sociedades como los primeros antecedentes del seguro de vida y enfermedades, puesto que disponían que las esposas de los socios, al enviudar, recibieran una indemnización por parte de dichas sociedades.

Así mismo, los romanos organizaron los servicios de enterramiento y beneficencia, a través del <<collegia>> mencionado anteriormente, siendo los antecedentes primarios de los actuales "montes de piedad". Aquí los miembros del <<collegia>> contribuían por anticipado a la creación de un fondo, que más tarde correría con los gastos ocasionados por el entierro. Estos <<collegia>> llegaron a especializarse y existía, por ejemplo, el de la milicia (<<collegia militum>>), las cuales concedían pensiones a los miembros que

se encontrasen en situaciones de incapacidad física a causa de las heridas sufridas en combate, y otorgaba pensiones de retiro a quienes llegaban al límite de la edad militar, constituyendo así, en el antecedente más remoto de lo que hoy conocemos como el seguro social.

Por otro lado, en la época de las guerras púnicas, se dieron los primeros indicios de lo que hoy conocemos como el seguro de transporte, debido a que los transportistas de víveres y armas de aquella época, solo se comprometían a realizar los viajes convenidos, si el Estado se obligaba a indemnizar en su totalidad las pérdidas que sufrieren.

Otras de las aportaciones de los romanos al seguro, fue la creación de una tabla de valorización de anualidades que tenía en cuenta la edad y esperanza de vida, en años, del individuo miembro del <<collegium>>, siendo este hecho los antecedentes de la tabla de valores que hoy en día se utilizan en los seguros de vida.

Con la decadencia y desintegración del Imperio Romano los riesgos de las actividades comerciales cada vez fueron mayores, lo que motivó que el comercio perdiera el gran auge que había tenido en épocas anteriores, decayendo por consiguiente, la institución del seguro.

No fue sino hasta el siglo XII a XIV D.C. cuando se volvió a tener conocimiento de la aplicación del seguro, pues precisamente en esta época se produjo un gran desarrollo del comercio marítimo, lo que llevó a la creación del seguro de este ramo, al mismo tiempo que aparecieron o se perfeccionaron otras modalidades del seguro, por ejemplo, los mercaderes que asistían a las ferias de alguna ciudad, podían asegurar sus productos contra el riesgo de incendio o robo.

Fue en esta etapa, según indica el citado tratadista italiano Lorenzo Mossa que "... se tuvo conocimiento de la emisión de la primera póliza de seguro, la cual se emitió en Génova, Italia, en 1347, así como también de la primera cobertura de coaseguro, la cual se dio también en Génova, en 1370..."⁶ (sic).

En Portugal y bajo el reinado de D. Fernando I. en el último tercio del siglo XIV, se desarrolló un seguro que hoy podríamos asimilar como los de carácter obligatorio, pues dicho monarca emitió una ordenanza mediante la cual obligaba a los dueños de navegaciones comerciales a asegurar los buques de más de 50 toneladas. Así, en esta etapa se empezaron a dar las primeras legislaciones en materia de seguros.

⁶ Mossa, Lorenzo, "Historia del Derecho Mercantil en los Siglos XIX y XX", Editorial Mappie, Madrid, 1948, pág. 64.

En relación a la creación de la normatividad de seguros, no fue sino hasta el año de 1484, en España, cuando se expidió la ordenanza de los magistrados de Barcelona, la cual, entre otras cosas, prohibía contratar seguros en Barcelona a quien no fuera vasallo del rey. Asimismo exigía el contratar a los dueños de navegaciones, un capital máximo equivalente a las tres cuartas partes del valor del buque; así mismo obligó a realizar el pago de las indemnizaciones entre tres y cuatro meses de declarada la pérdida de mercancías en las navegaciones comerciales, también reglamentó la declaración de "pérdida total" cuando el buque no hubiera llegado al puerto de su destino, seis meses después de lo previsto.

Posterior a las ordenanzas españolas de Barcelona, Burgos, Bilbao y Sevilla, surgieron en Italia las de Venecia, Florencia y Génova.

En toda esta época, lo más destacado como puede vislumbrarse, fue el enorme desarrollo del seguro marítimo en Europa. Así, las ciudades dotadas de una incipiente industria (por ejemplo en la ciudad de Amberes, España) requerían de abundantes materias primas que les eran transportadas por vía marítima, y también por esta vía, salían sus productos a otros puertos. Ante esta situación, surgió la necesidad de proteger el comercio de esta ciudad, lo que les llevó a

perfeccionar la práctica aseguradora que el comercio de épocas precedentes había conocido. En tal virtud, Amberes toma, en el siglo XVI, el liderazgo asegurador que las demás ciudades europeas habían tenido hasta entonces y allí, se crean varias ordenanzas entre los años de 1563 y 1570. De entre las ordenanzas más importantes emitidas en esta ciudad, surge la llamada ordenanza de Felipe II, de 1570, donde por primera vez se regula la supervisión del Estado sobre el negocio asegurador; creando la H. Comisaría de Seguros de Amberes y su reglamento de organización.

A partir del siglo XVII, Inglaterra impuso su autoridad erigiéndose como la nación dominante del comercio internacional, y por consiguiente, resulta ser el país que perfecciona el seguro. Así en el año de 1601, promulga la primera ley inglesa de seguros, en donde, en su aspecto más relevante, autoriza la creación de un tribunal especial de arbitraje que se encarga de las disputas surgidas en materia de seguros. Además de lo anterior, Inglaterra hizo una contribución muy eficaz en lo referente al seguro de daños, en especial el de incendio, derivado de una desgracia; el gran incendio de Londres en 1666, el cual destruyó la cuarta parte de dicha ciudad, obligando a replantear los sistemas y normas de seguro de incendios, originando se creara un nuevo seguro muy parecido al actual, en el cual se estipulaba que el asegurador podría reponer o reparar cualquier pérdida en

materiales de igual clase y calidad a las destruidas, dándole la oportunidad de reparar los edificios dañados en lugar de pagar las correspondientes indemnizaciones en dinero.

También en esta ciudad y época, el seguro de vida da pasos firmes al desarrollarse las teorías de la probabilidad y la mortalidad. Se tiene conocimiento que se emitieron pólizas de vida en el siglo XVI, principalmente con motivos de préstamos, y la primera póliza que se emitió en Inglaterra data del año de 1583.

Al referirse al seguro de vida el tratadista argentino Gustavo Raúl Meilij nos indica en su obra que "... El seguro de vida dio pasos firmes en el siglo XVIII y XIX, pues es obligado hablar del sistema creado por el napolitano Lorenzo Tonti, en el siglo XVIII, que consistía muy suscintamente en reunir a un grupo de personas de edad y circunstancias similares, en donde cada miembro del grupo aportaba un capital, y éstos a su vez percibían una renta vitalicia con los capitales de los miembros del grupo que iban falleciendo..."⁷

Así, a finales del siglo XVIII, igualmente en Inglaterra, el parlamento inglés se vió obligado a promulgar

⁷ Meilij, Gustavo Raúl, op. cit., pág. 26.

una ley de seguro de vida que exigía como requisito necesario para que el contrato fuese válido, que hubiera un interés asegurable. De este modo, la exigencia y necesidad de una normatividad en seguros, basada en las experiencias obtenidas, fomentó la especialización de leyes para cada rama, las cuales son recogidas en el primer código uniforme de seguros, realizado y publicado en Inglaterra en 1789.

Para concluir, es importante señalar que en el desarrollo histórico del seguro, merece mención especial el <<Lloyd's>> de Londres, justificando su preeminencia a lo largo de los siglos XVIII y XIX por las importantes aportaciones que realizó en materia de seguros. Pues desde el siglo XVIII, el <<Lloyd's>> fue el mercado más importante en Europa, para suscribir cualquier tipo de contratos de seguro, y sus miembros estaban tan familiarizados con la situación económica de Europa y por ende, con las circunstancias que condicionaban los negocios, que, les facilitó ser la punta en materia de seguros, además de que gozaban de una relativa libertad respecto a la supervisión e intervención del gobierno, lo que les permitió una mayor adaptación de sus técnicas y coberturas a las necesidades de aquellos tiempos.

1.3 EL SEGURO SOBRE LAS PERSONAS. MODALIDADES Y CARACTERISTICAS.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro, en su Título Tercero, contempla las disposiciones especiales del contrato de seguro sobre las personas; en el artículo 151 nos indica que "... El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital".

Del concepto anterior, tenemos que este contrato tiene como nota común, que el riesgo se refiere siempre a la vida humana. Los seguros de este ramo, consideran a la vida no en su aspecto sentimental o social, sino eminentemente patrimonial, tomando en consideración a que el ser humano, vivo y sano, es un factor de producción para su propio mantenimiento, y el de sus familiares, e incluso para cumplir con las obligaciones que hubiesen contraído.

Así también los tratadistas de seguros, indican que el contrato de seguro sobre las personas carece de un carácter "resarcitorio", ya que su finalidad consiste en el pago de un capital o renta, cuando ocurra un evento que afecte la existencia, salud o vigor de la persona asegurada. (artículo 152 L.S.C.S.) y como consecuencia de ello, no se

aplican en estos seguros las reglas relativas al interés legítimo de la persona cuya salud o vida se asegura. Por otra parte, en estos seguros tampoco se aplican las reglas sobre la relación entre el interés asegurado y la suma asegurada, ya que como lo indica Antigono Donati "... es inmoral, ilegal e ilógico valuar la vida de una persona en cualquier suma de dinero ..."

Asimismo, en estos acuerdos de voluntades, no se produce la subrogación del asegurador en los derechos del asegurado hacia un tercero responsable del siniestro (último párrafo del artículo 152 de la L.S.C.S.).

De lo antes expuesto, tenemos que, al menos en México, el contrato de seguro sobre las personas, se ha dividido en dos grandes grupos, el primero se refiere a los seguros de vida propiamente dichos; y el segundo a los de accidentes y enfermedades.

Por otra parte, el artículo 70 de la L.G.I.S.M.S. distingue los seguros de personas en esos grupos, los cuales a continuación se desglosarán y analizarán.

* Donati, Antigono, " Tratado de Derecho de los Seguros Privados", Editorial Milano, Milán, Italia, 1954, pág. 176.

MODALIDADES Y CARACTERISTICAS. Como se mencionó anteriormente, los seguros sobre las personas, en la práctica de seguros en México, se dividen en dos grandes grupos, los de vida y los de accidentes y enfermedades. Así, para la trascendencia de este trabajo, desglosaré en forma pormenorizada cada contrato en lo particular:

SEGURO DE VIDA.

CONCEPTO. Ya dijimos que el artículo 151 de la L.S.C.S., formula una definición general de los seguros de personas, aplicando dicho concepto al seguro de vida, podemos decir que en estos contratos el asegurador promete pagar una o varias cantidades de dinero mediante el pago de una prima, al producirse el evento previsto, que ha de referirse a la duración de la vida del asegurado.

NATURALEZA. Se ha discutido mucho acerca de la naturaleza del seguro de vida, y se ha pretendido enmarcarlo en alguno de los cuadros clásicos de préstamo, de la compraventa, etc. Hoy esta discusión es ociosa en el derecho mexicano, en el que dispone claramente que el seguro de vida es una simple modalidad del seguro de personas, el cual a su vez, es sólo una clase del contrato sui generis, que es el contrato de seguro.

Por otra parte comparto la opinión del tratadista español Salomón S. Huebner, respecto de la naturaleza jurídica del seguro de vida, al indicar en su obra que "...debe advertirse que ciertas formas del seguro de vida son prácticamente iguales a las operaciones de capitalización, en tanto que algunas formas mixtas de aquel presentan indiscutibles elementos del contrato de ahorro..."⁹

CLASES DE SEGURO DE VIDA. La clasificación general que encontramos en toda doctrina es la que distingue los seguros para casos de vida y los seguros para caso de muerte, dependiendo esa diferencia en relación al riesgo a asegurar. Esta división la encontramos en la propia ley de seguros cuando habla de seguros "por la muerte o la duración de la vida" (artículo 190 y 191 de la L.S.C.S.) y "para caso de muerte o de sobrevivencia" (artículo 157 de la L.S.C.S.).

Para poder comprender y clasificar los diversos planes de seguros de vida, podemos partir de la siguiente clasificación:

- 1) Seguros comunes de vida;
- 2) Seguros de renta;
- 3) Seguros especiales o combinados.

⁹ Huebner, Salomón S.. "El Seguro de Vida", Editorial Mapfre, Madrid, 1980, pág. 78.

SEGUROS COMUNES DE VIDA. Dentro de este grupo se comprenden a aquellos seguros cuyas cláusulas y condiciones deben de reputarse como usuales. La práctica en seguros mexicana, clasifica a este tipo de seguros como:

A) SEGUROS DE VIDA ENTERA. Estos seguros proporcionan un plan para toda la vida de la persona asegurada. En la práctica, en México, este tipo de seguro da lugar a cuatro variantes, las cuales son:

I. SEGURO ORDINARIO DE VIDA. El más usual, ya que su flexibilidad y múltiples combinaciones, se adapta a la inmensa mayoría de las personas que buscan en el seguro una protección para sus familiares. En este seguro se pagan las primas de seguro mientras que vive la persona asegurada: de manera que sólo la muerte de ésta pone fin a la obligación de pagarlas y en consecuencia nace el derecho al cobro de la indemnización.

II.- SEGURO DE VIDA CON PAGOS LIMITADOS. Como en el anterior la indemnización sólo se paga a la muerte del asegurado, pero este en vez de pagar hasta el último momento de su vida, sólo lo hace durante el tiempo previamente pactado, V. G. que el asegurado alcance los sesenta o setenta años o bien haber pagado y renovado el seguro durante un cierto número de años. Esta clase de seguro es el más

utilizado en México.

III. SEGURO DE VIDA CON PRIMA UNICA. En este plan, el asegurado efectúa un sólo pago de la prima, teniendo derecho a la indemnización si ocurre su muerte o si cumple cierta edad. Aquí, la prima de seguro esta desembolsada de antemano íntegramente.

IV.-SEGURO DE VIDA MANCOMUNADA. En México se le conoce como "seguro en conjunto", consistiendo en el hecho de estipular que el pago de la suma asegurada, se efectuará al morir la primera de dos o más personas aseguradas.

B) SEGUROS DOTALES. En el seguro dotal, la compañía aseguradora paga la indemnización convenida si la muerte del asegurado ocurre durante un cierto período, llamado dotal, o, si el asegurado no muriese, al cumplirse el plazo previamente convenido, por ejemplo, un plan de seguro dotal a quince años por N\$ 20,000.00; supone que durante esos quince años, el asegurado debe cubrir en forma anual la prima previamente convenida, si dicha persona asegurada muere antes de que pasen esos quince años, se pagará la suma convenida, pero si no muere, se le pagará la suma en cuestión al término de esos quince años.

En esencia el seguro dotal es una combinación del

seguro de vida y del seguro temporal para caso de muerte. (arts. 190 y 191 de la L.S.C.S.).

En México, dentro de la práctica aseguradora, los planes dotales más conocidos son el dotal a diez, quince y veinte años; el dotal mancomunado a los mismos plazos, el dotal doble o con renta familiar, el dotal educacional y el dotal con dividendos o sin ellos.

C) SEGUROS TEMPORALES. En ellos el asegurador paga la indemnización si la muerte del asegurado ocurre dentro de un cierto plazo, V. GR., uno, dos, tres años, etc., o hasta cierta edad.

D) SEGUROS DE RENTA. Esta clase de seguros, en sus diferentes modalidades, suponen que al producirse el riesgo en la vida del asegurado, el asegurador pagará una pensión en forma periódica en los plazos convenidos. En la práctica aseguradora mexicana, estos planes de seguro se utilizan con el denominado "plan de pensión de retiro a los sesenta años", en el cual el asegurador se compromete a entregar pensiones mensuales al asegurado, cuando este llegue a los sesenta años de edad y seguirá cubriendo dicha pensión hasta la muerte de la persona asegurada.

E) SEGUROS ESPECIALES Y DE COMBINACION. En estos

contratos de seguro, se conjugan los dos planes que anteriormente se han analizado, es decir, el de vida y el de renta; dando origen en México, a una gran gama de planes especiales y de combinación; y en atención al trabajo que aquí se realiza, sólo me permitiré enunciar algunos de los más importantes planes de este tipo que se manejan en nuestro país y que son:

- I. Seguro de vida con pago de rentas,
- II. Seguro de renta familiar,
- III. Seguro de protección familiar,
- IV. Seguro de vida con pensión,
- V. Seguro combinado, etc.

ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. En primer lugar, he de referirme a los elementos personales del contrato, es decir a las partes que intervienen en su realización. De lo anterior, tenemos que en todo contrato de seguro de vida existe un asegurador o compañía de seguros, un contratante del seguro o asegurado, el cual cubre una prima de seguro; también existe la posibilidad en la ley de seguros mexicana que exista una persona sobre quien recae el seguro, es decir, un beneficiario o perceptor del seguro. (artículo 153 de la L.S.C.S).

Por lo que se refiere a las figuras de asegurador o

compañía aseguradora y a la de asegurado o contratante del seguro, estas han sido ya analizadas en el capítulo anterior.

Por último comentaré un elemento importantísimo en el seguro de vida, que es el beneficiario, y quien es la persona designada en el contrato de seguro, específicamente en la póliza, siendo el titular o la titular del derecho de indemnización, es decir, quien recibirá la suma o sumas aseguradas al efectuarse el evento asegurado. En México, los tratadistas en seguros, Díaz Bravo y Rodríguez Rodríguez, manifiestan que el beneficiario no es parte del seguro, sino que es un tercero ajeno a este, el cual, su designación ha quedado a libre voluntad del asegurado (artículo 103 de la L.S.C.S.). Esta designación constituye en si misma, una orden para la compañía aseguradora. Al respecto el Licenciado José de Jesús Martínez Gil, refiere que "... Los artículos 20 y 153 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, establece los requisitos que deben tener una póliza de seguro, y de ahí se desprende, en cuanto a la * determinados o indeterminados. Es conveniente insistir en que la designación de beneficiarios es un acto unilateral del tomador, que no está sujeto a la conformidad del asegurador (ver artículo 163 de la ley Sobre el Contrato de Seguro). Su designación no da derecho alguno al beneficiario, sino hasta que se suscita el siniestro: siendo por lo tanto un derecho imperfecto o secundario el que tiene, ya que este nace hasta el momento en que se realiza la

eventualidad prevista en el contrato, por lo que el derecho del beneficiario no es condicionado..."⁹

Asimismo la ley de seguros mexicana permite también el designar como beneficiario, al propio contratante del seguro o asegurado; en el caso del seguro de vida de tercero. Por otro lado, la designación de beneficiario puede ser revocable o irrevocable (artículos 164 y 165 de la L.S.C.S.). Para concluir, el derecho que emana de la designación de beneficiario será inembargable, siempre que se designe como tales a los familiares del asegurado (principio de protección a la familia) o cuando el asegurado renuncie al derecho de revocar beneficiario (artículo 165 antes mencionado).

ELEMENTOS FORMALES. Como antes se ha analizado, el seguro es un contrato eminentemente formal, por lo que implica su perfeccionamiento y convalidación mediante un documento en el que consten las obligaciones y derechos de las partes contratantes (artículo 19 L.S.C.S.). Así, el documento en el cual se plasma todo contrato de seguro se denomina POLIZA. A dicha póliza, se adjuntan las CONDICIONES GENERALES del contrato de seguro, en las cuales se regulan las obligaciones y derechos que emanan del acuerdo de voluntades, incluyéndose también las distintas CLAUSULAS y

⁹ Martínez Gil, José de Jesús, "Manual Teórico y Práctico de Seguros", Editorial Porrúa, México, 2a Edición, 1990, pág. 64.

ENDOSOS, que conforman el seguro. Por otra parte, como se mencionó en el primer punto del capítulo desarrollado, para que opere el seguro, ha de cubrirse una prima (artículo 1 de la L.S.C.S.), lo cual se acredita mediante el respectivo recibo de pago. Para dar una mejor idea de lo que aquí se menciona, a continuación desgloso lo que debe de entenderse por POLIZA Y CONDICIONES GENERALES:

POLIZA. Es el documento en que se plasman las condiciones particulares o especiales, que rigen las relaciones entre asegurador y asegurado, cuyo conjunto constituye el contrato de seguro. Así el artículo 20 de la L.S.C.S. determina que:

"Art. 20.- La empresa aseguradora estará obligada a entregar al contratante del seguro una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes. La póliza deberá contener:

- I. Los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora.
- II. La designación de la cosa o persona asegurada.
- III. La naturaleza de los riesgos garantizados.
- IV. El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía.
- V. El monto de la garantía.
- VI. La cuota o prima del seguro, y
- VII. Las demás cláusulas que deben figurar en la póliza, de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes".

De este modo y al referirnos a las pólizas de seguro que se emiten en la rama de vida o de personas: el artículo 153 del cuerpo de leyes antes invocado, dispone que:

Art. 153.- La póliza de seguro sobre personas, además de los requisitos del artículo 20 de la presente ley, deberá contener los siguientes:

- I. El nombre completo y fecha de nacimiento de las personas sobre quienes recaiga el seguro.
- II. El nombre completo del beneficiario si hay alguno determinado.
- III. El acontecimiento o el término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas, y
- IV. En su caso los valores garantizados.

Por último y para dar una mejor idea de lo que es una póliza de seguro, adjunto a este trabajo formatos de dichos documentos del ramo en comento.

CONDICIONES GENERALES. Son todas aquellas estipulaciones de carácter básico, comunes a todas las pólizas de un mismo ramo o modalidad del seguro. En la práctica las personas las conocen como el "cuadernillo" u "hoja de letra pequeña", ya que efectivamente, están impresas con caracteres tipográficos muy reducidos. Al respecto me permito señalar que en México, estas condiciones han de imprimirse con letra de molde y perfectamente legibles para una persona de vista normal (artículo 36 - B de la L.G.S.I.M.S.). Estas condiciones generales se usan en forma general para todos los ramos del seguro, y contienen los siguientes aspectos:

I. EXTENSION DEL SEGURO. Aquí se enumeran los tipos de cobertura que otorga la póliza y describe con detalle los

bienes asegurados, así como las circunstancias, situaciones y bienes no cubiertos por el seguro. También aquí se suelen reconocer el derecho de los asegurados a la indemnización de los gastos originados por trabajos o acciones destinadas a aminorar las pérdidas en caso de siniestro, y la suspensión de las coberturas cuando el siniestro emana de un hecho ilícito del asegurado.

En resumen, este apartado establece los límites del seguro.

II. ASEGURADO. En este apartado se le indica a la persona que contrata el seguro que deberá proporcionar con la mayor veracidad y honestidad posible todos los hechos o antecedentes más importantes respecto a su persona con el objeto de que le permita a la aseguradora valorar en mejor forma el riesgo a asegurar (artículos 8 y 9 de la L.S.C.S.), así como también se le indica claramente la consecuencia derivada de una omisión voluntaria o falsa declaración, al momento de suscribir la solicitud del contrato de seguro (artículo 47 de la ley citada) lo expresado en este capítulo, será tema de estudio en puntos más adelante.

III. SINIESTRO. Dentro de las condiciones generales, se le señala al asegurado, la conducta que debe adoptar al ocurrir el evento que se asegura: genéricamente

serían:

a) Dar aviso del siniestro a la aseguradora, dentro del plazo que dispone la ley (artículos 52, 66, 67 y 68 de la L.S.C.S.).

b) La obligación del asegurado para hacer todo lo posible con el objeto de aminorar las pérdidas que se sufriesen con el siniestro (artículo 113 de la ley en mérito).

c) Procedimiento en caso de controversia entre la empresa de seguros y el asegurado, derivado del siniestro (artículos 135 y 136 de la L.G.I.S.M.S.).

IV. FINALIZACION. También en dichas condiciones, se indica la forma y términos mediante los cuales cesa el contrato de seguro celebrado.

Por último y al igual que el elemento anterior, se exhibe con este trabajo, originales de condiciones generales con los cuales, el lector, se podrá dar una mayor idea de este tema.

SEGURO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD. Su objeto es la prestación de indemnizaciones en caso de incapacidad o muerte

del asegurado a consecuencia de un accidente ocurrido en el desarrollo de las actividades previstas en la póliza de seguro. Las cuatro coberturas básicas de este seguro son:

a) En caso de fallecimiento accidental del asegurado, tienen los beneficiarios derecho a recibir la indemnización que les corresponde;

b) Indemnización en caso de incapacidad permanente total, y la parte proporcional de dicho capital que corresponde según una tabla de valores prefijados, si la incapacidad permanente fuese parcial;

c) Pensión diaria en caso de incapacidad temporal, durante los días en que el asegurado esté incapacitado para trabajar, generalmente con un límite máximo de días;

d) Gastos de asistencia médica que precise el asegurado con motivo del accidente sufrido.

La idea general sobre este seguro es que contiene las mismas formas de aplicación del seguro de vida, con la modalidad de que participa o funciona también como un seguro de daños, ya que el riesgo es medido por el daño provocado por un accidente que afecta la persona o salud vital del asegurado.

Asimismo, la ley de seguros mexicana sólo le dedica dos artículos a este seguro (artículos 188 y 189 de la L.S.C.S.), en donde se prevee el pago de la indemnización en forma de capital, salvo que se haya pactado expresamente que se cubra en forma de renta, siempre y cuando el accidente haya causado al asegurado una disminución en su capacidad para el trabajo, que pueda estimarse como permanente.

Para concluir, a este tipo de seguro se aplican indistintamente las reglas establecidas para los contratos de seguro de vida, las cuales han sido analizadas con anterioridad en este trabajo.

ELEMENTOS DEL CONTRATO DEL SEGURO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES. Como anteriormente se mencionó, al ser este contrato una modalidad del seguro de personas, son aplicables los mismos elementos tanto personales como formales que se indicaron en el seguro de vida, debiendo resaltar únicamente que la figura de "beneficiarios" son o pueden ser los familiares del propio asegurado o quien éste designe, no siendo esto un derecho condicionado, sino que se disfruta del propio seguro durante su vigencia.

SEGURO DE GRUPO El seguro de grupo abarca un gran número de personas en una sola póliza abierta, sin necesidad

de elaborar un examen médico previo al seguro y a un costo accesible.

Este seguro, cuyos antecedentes datan de principios de este siglo, ha tenido una gran difusión en los mercados de seguros. Por lo general, se usa para un grupo de personas que trabajan juntas o que tienen alguna actividad en común.

En México, la Ley Sobre el Contrato de Seguro contempla a este seguro en un sólo artículo (el 191) por lo que los legisladores de este país, emitieron el día 4 de julio de 1962, un reglamento mediante el cual se regulan los pormenores del seguro de grupo.

Este contrato tiene ciertas modalidades especiales, pues para la celebración de este seguro debe de garantizarse la existencia de un grupo compuesto por un mínimo de diez personas (en el caso del inciso a) del artículo 2º del Reglamento del Seguro de Grupo), y de veinticinco personas en los demás casos (artículo 1º del cuerpo de leyes invocado).

Otra modalidad de este seguro es que la empresa de seguros deberá formar un registro de asegurados que será parte integrante del contrato, el cual deberá de contener el nombre, ocupación y fecha de nacimiento de cada uno de los miembros del grupo; la suma asegurada que se contrató; la

fecha en que estén en vigor los seguros y la fecha de cancelación y cesación de sus efectos; el nombre del o de los beneficiarios y por último el número de los certificados correspondientes (artículo 9º del reglamento en consulta).

Una modalidad más de este seguro, es que cada persona que integra el grupo asegurado, contribuye en una proporción determinada y equitativa, al pago de la prima del seguro. Asimismo, existe la facilidad en este contrato de dar de baja a una persona integrante del grupo y poner a otra en su lugar gozando en idéntica forma de los beneficios del seguro en estudio.

ELEMENTOS DEL SEGURO DE GRUPO. Al igual que los contratos de seguro que anteriormente se analizaron, este contrato reúne los mismos elementos personales y formales, con la única salvedad de que aquí la empresa aseguradora, deberá anexar, junto con la póliza de seguro y las condiciones generales, un certificado individual que contenga los requisitos que se han mencionado en este apartado y que dispone el artículo 9º del Reglamento del Seguro de Grupo vigente.

SEGURO OBLIGATORIO PARA PASAJEROS. Este seguro es conocido en la práctica aseguradora como "seguro de viajero", el cual ha sido establecido con carácter obligatorio por el

artículo 127 de la Ley de Vías Generales de Comunicaciones y por el reglamento de dicho artículo publicado en el Diario Oficial de la Federación, del día 2 de septiembre de 1982.

La característica general de este seguro, es que es de índole obligatorio, y es practicado o utilizado por las empresas de transporte que explotan las vías generales de comunicación, (tierra, mar y aire) en favor de las personas que requieren sus servicios. Desde el punto de vista de los riesgos que cubre, considero que es un seguro de accidente, pues esta limitado legalmente al pago máximo de una indemnización previamente establecida, (artículo 127 de la ley en consulta). El riesgo en este seguro lo constituyen todos y cada uno de los eventos propios del transporte, con las limitaciones que legalmente se establecen.

En este seguro, la prima respectiva la paga el viajero en forma de recargo sobre el precio del boleto.

ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO OBLIGATORIO PARA PASAJEROS. En este seguro no se emiten pólizas ni condiciones generales, pues están ya previamente establecidas, en virtud que este contrato emana de una disposición de orden público, y por tanto, el seguro existe mientras dure el viaje. El boleto del pasajero sirve de comprobante de "pago de la prima" en este seguro.

SEGURO DE ENTERRAMIENTO. Es un seguro muy difundido en Europa, principalmente en España, y que consiste en que la compañía de seguros, cubre, en caso de muerte del asegurado el pago de una suma de dinero previamente determinada, a los deudos del asegurado, con el objeto de ayudar a cubrir los gastos del sepelio o en su caso paga en forma directa y total tales gastos.

En México; este seguro casi no se utiliza, aunado al hecho de que carece de regulación jurídica, sin embargo algunas empresas de seguro, con el objeto de captar un mayor número de asegurados y de ofrecer un mejor servicio, ofrecen esta modalidad de seguro, insertándolo normalmente en los seguros de vida, denominándolo "cláusula de últimos gastos", la cual será analizada en tema posterior.

1.4 CLAUSULAS MAS IMPORTANTES EN EL CONTRATO DE SEGURO SOBRE LAS PERSONA.

En íntima relación con el apartado que antecede, he de referirme en forma especial en este capítulo, a las cláusulas que aparecen con más frecuencia dentro de las condiciones generales que conforman el seguro. Así, tenemos que en México se han desarrollado diversas cláusulas con el objeto de brindar un mejor y más amplio servicio en materia de seguros y por otra parte, dicho clausulado le representa un medio de control o límite a su responsabilidad inherente al contrato. Cabe aclarar, que como se indicará en capítulos más adelante, algunas cláusulas están redactadas de tal modo que perjudican notoriamente los intereses del asegurado. Así, este punto versará en mencionar y analizar, en forma clara y breve, las cláusulas más importantes y que se utilizan en el mercado de seguros en México. Dichas cláusulas son las siguientes:

1.- CLAUSULA DE PRESTAMO AUTOMATICO DE PRIMAS. En esta cláusula se prevé, en beneficio del asegurado, el hecho de que este omita pagar la prima de seguro, por cualquier causa de fuerza mayor, el importe de dicha prima será cubierto automáticamente mediante un préstamo hecho por la propia aseguradora. Este supuesto opera única y exclusivamente cuando el asegurado haya estado al corriente

en los pagos de las primas del seguro, (en el caso del seguro de vida, cuando la prima se cubre de manera fraccionada, artículo 37 de la L.S.C.S.), o como se acostumbra en México, después del segundo año de vigencia consecutiva del seguro. El beneficio de esa cláusula radica, que en caso de fallar al pago de una prima de seguro, este será cubierto mediante el préstamo mencionado, manteniéndose así el seguro en vigor. Es importante mencionar, que en realidad, no hay un "préstamo" de la empresa de seguros a favor del asegurado, lo que sucede es que, en todo seguro que se conviene esta cláusula, por cada peso que ingresa a la compañía por concepto de prima, veinticinco centavos son remitidos a un fondo común de asegurados; y es de este fondo, del que la aseguradora toma el dinero para cubrir la prima que no se cubrió o ha cubierto. Esta cláusula se regula en el artículo 180 de la L.S.C.S.

Para concluir debo resaltar que esta cláusula aparece, por regla general, en los seguros de vida.

2. CLAUSULA DE PRESTAMO. Es también una cláusula común en los seguros de vida, y en la cual se concede al asegurado un derecho para obtener por parte del asegurador, un préstamo o préstamos por cantidades proporcionales a la suma asegurada en el contrato, siendo la garantía del préstamo, la propia póliza de seguro. He de resaltar que este

beneficio se concede, por regla general, después de haber cubierto tres anualidades ininterrumpidas del mismo seguro y no haber fallado, por consiguiente, el pago de alguna o algunas de las primas de seguro convenidas.

Estos préstamos, salvo pacto en contrario, se conceden con interés anual del 8%.

3. CLÁUSULA DE SEGURO REDUCIDO. Este pacto, al igual que los anteriores, aparece en forma común en los seguros de vida, y mediante esta se le concede un beneficio al asegurado el cual consiste en recuperar la suma de dinero que comprende la o las cantidades cobradas con exceso sobre la prima de seguro respecto al evento asegurado. Es decir cuando una persona contrata un seguro, la primer prima que corresponderá al primer año es muy alta. La segunda prima que corresponde obviamente al segundo año, va disminuyendo o se va reduciendo y así sucesivamente. Así, en los seguros de vida, se emite una tabla de valores garantizados, los cuales, al término del seguro, arrojan una ganancia, o sea la prima de seguro cobrada en exceso, y que nos arroja el dinero que podrá recuperar el asegurado.

Este beneficio se goza, por regla general, después de tres años de vigencia ininterrumpida de la póliza de

seguro. El derecho que se plasma en esta cláusula, emana de lo dispuesto por los artículos 181, 182 y 183 de la L.S.C.S.

4. CLÁUSULA DE RESCATE O VALOR EN EFECTIVO. En general, es idéntica a la cláusula anterior, sólo que también se aplica en los seguros de accidentes y enfermedades y en los de grupo.

5. CLÁUSULA DE PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LOS BENEFICIOS DEL SEGURO. Esta cláusula aparece, por regla general, en los seguros de vida, y consiste en el hecho de que el asegurado participa de los dividendos que obtiene la compañía de seguros. Para aclarar esta idea, debo mencionar que en seguros, los dividendos son las partes de las ganancias o utilidades de la compañía; las cuales son repartidas a los asegurados de pólizas con participación generalmente en forma anual, bien sea en efectivo o en distintas formas, las cuales comentaré en líneas más adelante. Debo indicar, que la palabra dividendo es, en mi opinión, un nombre inapropiado, puesto que la repartición que se señaló con anterioridad, es más bien un reembolso de la prima pagada, en vez de un rendimiento sobre el capital invertido.

Estos reembolsos, en la práctica actual, son

declarados anualmente por las empresas de seguros a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los dividendos en mérito, suelen ser reportados a los asegurados en tres formas distintas:

1.- El asegurado puede retirarlos en efectivo;

2.- El asegurado puede utilizarlo para pagar parcialmente cualquier prima vencida (esto equivale a retirarlo en efectivo); y

3.- El asegurado puede dejarlo en depósito con la compañía y recibir un interés sobre el mismo como en el caso de una cuenta bancaria de ahorros.

6. CLAUSULA DE DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO. Al hablar de esta cláusula, es necesario referir que el artículo 8 de la L.G.I.S.M.S., considera comprendidos dentro del ramo de seguros de personas a los beneficios adicionales que incluyen las pólizas de seguro de vida.

En la práctica, esta referencia legal se ve óptimamente ejemplificada con la cláusula de doble indemnización y beneficios por accidente, la cual consiste en

que mediante el pago de una prima adicional respectiva, el asegurador se compromete a pagar una cantidad igual al doble de la suma asegurada, en caso de que el asegurado fallezca en forma accidental o la aseguradora pagará una cantidad previamente determinada por algún miembro del cuerpo de la persona asegurada, que perdiese en forma accidental. El punto importante de esta cláusula radica en que el riesgo asegurado es la muerte o pérdida de un miembro en forma fortuita e inesperada del contratante del seguro. En atención a lo anterior, esta cláusula no opera si la muerte del asegurado se produce por enfermedad, por ejemplo cáncer, suicidio, en caso de guerra, de motín, por operaciones quirúrgicas no motivadas directamente por accidente, infecciones bacteriológicas, etc.

7. CLAUSULA DE INCAPACIDAD. Mediante esta cláusula, se garantiza al asegurado el pago de una cantidad determinada si se incapacita total o permanentemente para su trabajo, o si pierde algún miembro u órgano de su cuerpo, cuya falta se asimile a esa incapacidad.

8. CLAUSULA DE VALORES GARANTIZADOS. En esta cláusula se asegura al contratante del seguro, una suma de dinero para el caso de que, al concluir el seguro (en México por lo general con una duración de diez años o más), le será

entregada una cantidad de dinero que previamente está determinada por la compañía de seguros. Estos valores están plasmados mediante una tabla impresa que se adjunta a la póliza del seguro. Comúnmente se aplica esta cláusula en los contratos de seguro de vida. Para concluir, me permito indicar que la razón de ser de esta cláusula emana de diversas disposiciones legales, en especial de los artículos 153 fracción IV y 184 de la L.S.C.S.

9. CLAUSULA DE REHABILITACIÓN. En México se tiene la idea generalizada de que todas las pólizas de seguros poseen el derecho de rehabilitación dentro de un término razonable al concluir la vigencia del seguro. Este beneficio se concede, generalmente, al culminar el tercer año de duración ininterrumpida del seguro, siempre y cuando el asegurado o la cosa asegurada represente para la compañía un riesgo asegurable.

El derecho a rehabilitar concede al asegurado el seguir protegido por el seguro sin haber contrato formal de por medio, pues el que le protegía, ya ha vencido. Para que opere este derecho de rehabilitación es indispensable que el contratante del seguro no haya retirado el "rescate" de la póliza (es decir, no haber retirado dinero en efectivo a su favor), puesto que la aseguradora no tendrá fondo alguno para pagarse a sí misma la prima que permitiese la rehabilitación

del seguro por otro período igual al inmediato anterior.

10. CLAUSULA DE EXCLUSIONES. De las cláusulas que anteriormente se han desglosado, se desprende que casi todas son a favor o en beneficio del o los asegurados, pero, es lógico pensar que las empresas aseguradoras deben de cuidar y proteger sus intereses, por tanto, en todas las pólizas de seguro, existe la cláusula denominada de exclusiones, que es aquella mediante la cual la aseguradora limita o excluye su responsabilidad que emana del contrato derivado de la naturaleza del seguro o de hechos u omisiones del propio asegurado, así como también por elementos ajenos al seguro. De este modo en los contratos de seguro sobre las personas aparece indistintamente esta cláusula; por ejemplo: en los seguros de vida, surge la necesidad de la compañía de seguros de excluir ciertas causas de muerte, incluso cuando en algunos casos la causa y los resultados son accidentales. Estas exclusiones son de tres tipos a saber:

1. Las muertes resultantes de las violaciones a la ley, las cuales son excluidas con fundamento en la tipificación de las conductas ilícitas. (un ejemplo claro de este supuesto es cuando se produce la muerte de una persona asegurada después de que esta ha robado);

2. Las muertes en que estuvo comprendido un

accidente, pero que no fue la única causa que la motivó. (como en el caso de que el asegurado que fallece en un accidente automovilístico al ir manejando en un total estado de ebriedad);

3. Las muertes por ciertas causas específicas en las que puede haber considerable duda acerca del carácter accidental de la muerte. (el ejemplo más claro de esta exclusión se da cuando la muerte resulta de inhalar gas butano, ya que un gran número de estas muertes son en realidad suicidio, pero resulta materialmente imposible, aún con dictámenes periciales, saber si la muerte fue accidental o no).

En los seguros de accidentes y enfermedades, las exclusiones se fundamentan principalmente en lo siguiente:

1. En los casos de enfermedades preexistentes, es decir, padecimientos que ya sufría el asegurado antes de celebrar el seguro (por ejemplo úlceras, miopía o astigmatismo, hipertensión, etc.);

2. En los casos en que el asegurado practica actividades peligrosas, es decir, que no se cubren los gastos que se originen derivados de accidentes sufridos por el asegurado al esquiar, correr en moto, saltar con paracaídas

de un avión, torear, bucear, practicar suertes de charrería, etc. Cabe mencionar que las exclusiones aquí mencionadas pueden ser cubiertas por la aseguradora, mediante convenio con el asegurado.

En los seguros de grupo se aplican indistintamente las clases de exclusiones que se han mencionado en líneas anteriores.

Mención especial merece la exclusión que emana de la conducta en que incurra todo asegurado al omitir o declarar en forma inexacta, datos notables que le impidan a la empresa aseguradora valorar en debida forma el riesgo a asegurar, trayendo aparejado inclusive, la rescisión unilateral del contrato de seguro. (artículo 47 de la L.S.C.S.).

Para finalizar, es menester indicar que en México, la aplicación de esta cláusula es objeto de muchas inconformidades por parte de los asegurados respecto al servicio de las empresas de seguros, constituyéndose así como el principal motivo de las reclamaciones y juicios que se entablan en contra de las compañías de seguros.

11. CLAUSULA BENEFICIARIA O DE BENEFICIARIO. Esta

cláusula, que con carácter específico aparece en los seguros de vida, emana del artículo 163 de la L. S. C. S. que indica: "... el asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario, sin necesidad del consentimiento de la empresa aseguradora. La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro...".

De lo anterior, tenemos que en la cláusula beneficiaria o de beneficiario, el asegurado designa a una persona (familiar o no) el cual será el beneficiado del seguro en caso de muerte del contratante del seguro.

La designación que antes se comentó, puede ser ejercida libremente por el asegurado cuantas veces quiera, es decir, puede cambiar de beneficiario o beneficiarios las veces que lo desee, durante la vigencia del seguro (artículo 164 de la L.S.C.S.).

Al respecto, cabría preguntarse ¿qué beneficio otorga esta cláusula?, pues bien, la propia ley es clara al indicar que una persona al ser designado, como beneficiario, en un seguro, posee automáticamente un derecho propio sobre el crédito (pago de la suma asegurada) que la cláusula le atribuye; mismo derecho que podrá hacer valer directamente en contra de la aseguradora (artículo 166 de la L.S.C.S.).

En cuanto a la designación de la persona señalada como beneficiario cabe señalar que la L.S.C.S., contempla diversos supuestos para tal designación, los cuales se han analizado anteriormente.

Por último, me parece conveniente señalar que la persona que es designada como beneficiaria del seguro puede perder el derecho que emana de la designación referida; siendo el caso cuando el beneficiario atenta contra la vida del asegurado (artículo 185 de la L.S.C.S.).

12. CLAUSULA DE CAMBIO DEL PLAN DEL SEGURO.

Mediante esta cláusula, se concede al asegurado, la facultad de cambiar en cualquier momento de la vigencia del seguro el plan que mejor le convenga en ese momento. Esta cláusula se maneja con mayor frecuencia en los seguros de accidentes o enfermedades, que al cambiarse el plan de seguro, se convierte en un seguro de vida que cubre accidentes y enfermedades.

Cabe indicar, que para que opere este cambio, el asegurado debe cubrir a la compañía aseguradora el "ajuste", (pago extra), que ésta realice a la prima de seguro, en el momento del cambio. El fundamento de esta cláusula emana de lo dispuesto por el artículo 155 de la L.S.C.S.

13. CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD. Con este tema hemos llegado, en concreto, al objetivo de este trabajo. Para empezar, me permito indicar que la palabra "indisputable" denomina algo que no admite disputa, es decir, algo sin controversia o discusión. Así tenemos que mediante la cláusula de indisputabilidad, la aseguradora, conviene en no disputar o discutir la validez de un contrato de seguro (en específico de personas) después de que dicho contrato haya estado en vigor por dos años consecutivos. A esta norma, es admisible ciertas excepciones que más adelante se estudiarán.

Por lo anterior, muchos tratadistas intentan describir o dar una idea específica de lo que deberá de entenderse como "cláusula de indisputabilidad" pero en mi opinión, solo el concepto que vierte el tratadista colombiano J. Efrán Ossa G. en su obra reúne los elementos de esta figura. Dicho concepto indica "... mediante la cláusula de indisputabilidad la empresa de seguros renuncia a todos los derechos que pudiera tener para obtener la nulidad del contrato, después de cierto tiempo..."¹¹

La razón de ser de esta cláusula, emana en México de lo dispuesto en el artículo 186 de la L.S.C.S. el cual es

¹¹ Ossa G., J. Efrán. "Teoría General del Seguro. El Contrato", Editorial Temis, S. A., Bogotá, Colombia, 1981, pág. 207.

bastante ambiguo y confuso. Dicho numeral dispone lo siguiente:

"Art. 186.- La empresa aseguradora estará obligada, aún en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica dos años de la celebración del contrato; si el suicidio ocurre antes de los dos años la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática."

De este modo y para concluir, mediante esta cláusula, la empresa de seguros renuncia al derecho que pudiera tener, para invocar la nulidad o rescindir un contrato de seguro, después de concluido el segundo año de vigencia de dicho contrato.

En puntos próximos, estudiaremos más a fondo esta figura.

1.5 LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD, CONCEPTO, NATURALEZA, CARACTERISTICAS Y CLASES.

CONCEPTO. La figura denominada "CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD" en nuestro derecho de seguros, carece de una debida legislación y por ende, de un concepto definido. Así tenemos que el origen de esta figura jurídica, emana de tan sólo un artículo, el 186 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el cual es confuso y por consiguiente, difícil de interpretar; dicho numeral dispone lo siguiente:

"Art. 186.- La empresa aseguradora estará obligada, aun en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida, o el móvil del suicidio, si se verifica dos años después de la celebración del contrato, si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática."

El artículo en mérito pertenece al Título Tercero de la ley que se cita en comentario, referente a las disposiciones especiales del contrato de seguro sobre las personas.

De esta manera tal y como se indicó, la llamada cláusula de indisputabilidad no tiene un concepto claro o comprensible, ya que según lo investigado en este trabajo, muy pocos tratadistas de seguros han podido definirlo en forma correcta, a excepción del tratadista colombiano Efrén

Ossa, cuyo concepto se desglosó en el capítulo anterior.

Con base en lo anteriormente expuesto y con el objeto de que este trabajo sea entendible, a continuación desglosaré un concepto propio de lo que debe de entenderse como "CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD", concepto que se basa en lo que dispone la ley al respecto, así como en lo sustentado por diversos autores, siendo entonces la cláusula de indisputabilidad, aquella que con carácter específico aparece en general en todo contrato de seguro sobre las personas, (vida y accidentes y enfermedades), y mediante la cual la empresa aseguradora renuncia al o a los derechos que pudiera tener, para invocar la nulidad de un contrato de seguro, siempre y cuando el evento asegurado (siniestro) se verifique después de dos años de vigencia continua del seguro y que el asegurado esté al corriente en el pago de las primas de seguro. Esta renuncia tiene excepciones, las cuales se comentarán y analizarán en el capítulo posterior.

Por último, vale la pena indicar que el concepto anteriormente desglosado, se apega fielmente al ánimo y objeto de la indisputabilidad, así como a lo que disponen los artículos 12, 50 fracción IV, 59, 186 y 193 de la L.S.C.S. Asimismo, es importante señalar que en la práctica, casi todas las compañías de seguros, al momento de ocurrir cualquier siniestro, buscan alguna forma de nulificar los

efectos del contrato de seguro, con el objeto de eludir su responsabilidad de pago, de ahí la importancia de la renuncia referida.

NATURALEZA. Al hablar de la naturaleza jurídica de la cláusula de indisputabilidad, es preciso referir que la misma emana de una renuncia voluntaria hecha por el asegurador. Esta renuncia es válida, toda vez que surge del principio de derecho que dispone que las partes se obligan en la manera y términos que quisieran obligarse (Art. 1832 del Código Civil). Por otra parte la renuncia en comento es perfectamente válida dado que su fin en ningún momento convierte en ilícito el contrato o en su caso contraviene disposiciones de orden público (Arts. 1830, 1831, 1839 del Código de Comercio). Comentario especial refiere el argumento que vierte el tratadista Joseph H. Magee a este respecto, ya que nos indica en su obra lo siguiente "... la naturaleza jurídica de la cláusula de indisputabilidad se refiere a la renuncia que el asegurador hace en forma voluntaria para impugnar la validez de todo contrato de seguro sobre las personas, pero se exceptúa esta renuncia a aquella situación en que no se esta permitido renunciar a la nulidad que emane del dolo...".¹²

¹² Magee, Joseph H., "El Seguro de Vida", Editorial UTEHA, México, 1964, pág. 258.

Es importante señalar que la renuncia implica la cláusula de indisputabilidad está determinada a la condición de que para que pueda operar o surtir efectos es necesario el trascurso del tiempo que la ley dispone (Arts. 186 y 193 de la L.S.C.S.).

En atención a sus características, en este trabajo señaló que la cláusula de indisputabilidad comprende una caducidad, que por ley se inserta en el contrato de seguro sobre las personas. En efecto, la figura que se estudia en este punto, no es más que el efecto de caducidad que opera en el derecho del asegurador para invocar la nulidad de todo contrato de seguro sobre personas, con las excepciones que más adelante referiré. La hipótesis que aquí sustento se fundamenta en la jurisprudencia definida (por cierto la única que se ha hecho a esta figura) que ha sustentado la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la cual a la letra indica lo siguiente:

SEGURO, CONTRATO DE, LA CONDICIÓN DE INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA SEÑALA UN TÉRMINO DE CADUCIDAD Y NO DE PRESCRIPCIÓN. Si el plazo de disputabilidad del contrato de seguro, señalado en la llamada cláusula de indisputabilidad, abrevia el plazo de prescripción señalado en la ley en cuanto que señala dos años a partir de la fecha de vigencia del contrato y no del día en que la aseguradora haya tenido conocimiento de la omisión, falsa o inexacta declaración del asegurado al describir el riesgo, lógica y jurídicamente se debe concluir que, si dicho pacto estableciera un plazo de prescripción sería nulo; y como las condiciones generales de la póliza de seguro deben interpretarse las

unas por las otras de manera que se haga posible su objeto es preciso concluir que el mencionado pacto o condición de indisputabilidad de la póliza, señala un término de caducidad y no de prescripción.

Jurisprudencia, Tercera sala, séptima época, volumen 71, cuarta parte, pág. 41.

Para concluir con base en lo manifestado en este punto se puede deducir que la cláusula de indisputabilidad es una figura jurídica perfectamente lícita, que hace posible el contrato, que no contraviene disposición alguna de orden público, y que en sí misma dispone un término de caducidad el cual opera por ley y por la renuncia expresa voluntaria que realiza la empresa aseguradora al celebrar el contrato de seguro sobre personas, pero que admite excepciones, tales como el dolo en el contrato por ejemplo.

CARACTERISTICAS. Al hablar de las características de la llamada cláusula de indisputabilidad, debo referir los siguientes puntos:

OBLIGATORIA. En efecto, dicha cláusula o mejor dicho, la renuncia a impugnar de valido un contrato de seguro sobre las personas, después de dos años de vigencia continua del seguro, es de índole obligatoria, ya que emana de una disposición de carácter imperativo que esta plasmada en los

artículos 186 y 193 de la L.S.C.S. Por lo tanto, la figura aquí mencionada es de índole obligatoria para todos los contratos de seguro sobre las personas.

Con base en lo anterior, me permito indicar que esta cláusula no es de carácter unilateral o voluntaria, como lo sostienen algunos tratadistas nacionales y extranjeros, (Martínez Gíl y Huebner por ejemplo), pues la ley de seguros mexicana, al respecto es clara.

FORMAL. Atento a lo que disponen los artículos 19, 20 y 193 de la L.S.C.S., numerales que disponen que todo contrato de seguro sobre las personas deberá de constar por escrito y por consiguiente obliga a la empresa de seguros a expedir a favor del asegurado una póliza mediante la cual se plasman las coberturas del seguro y las condiciones generales de dicha póliza, que son las bases, lineamientos o clausulados sobre los que se rige el contrato celebrado. En estas condiciones generales es donde aparece la llamada Cláusula de Indisputabilidad.

Cabe indicar, que algunas empresas de seguros violan estas disposiciones, pues en los contratos de seguro de accidentes y enfermedades, no plasman esta cláusula.

SUJETO A TERMINO. Por que su aplicación ha de

depender forzosamente al trascurso de un determinado tiempo. En México, su aplicación se realizará después de concluido el segundo año de vigencia consecutiva del contrato de seguro (art. 186 L.S.C.S.).

CADUCIDAD. Ya que mediante esta cláusula o figura, por disposición de la ley, se extingue el derecho o facultad de cualquier aseguradora para invocar la nulidad de un contrato de seguro, después del segundo año de vigencia consecutiva del seguro. A este plazo de caducidad se aplican excepciones.

INDEMNIZACION OBLIGATORIA. En relación con la característica anterior, en virtud de que si el siniestro se verificase durante el tercer año de vigencia del seguro, es decir⁶ después del segundo año de vigencia continua del contrato, la empresa de seguros está obligada a indemnizar o efectuar el pago convenido al asegurado, sin discusión alguna. A esta característica, también se admiten excepciones.

CLASES. Por lo que se refiere a las clases de cláusula de indisputabilidad, es importante resaltar que existe una idea generalizada entre los tratadistas de seguro, en el sentido de que existen cuatro tipos de indisputabilidad

a saber y que son:

- 1.- Cláusula de indisputabilidad inmediata;
- 2.- Cláusula de indisputabilidad diferida;
- 3.- Cláusula de indisputabilidad absoluta, y;
- 4.- Cláusula de indisputabilidad con excepciones.

A continuación me permito desglosar brevemente cada una de ellas:

1. Cláusula de indisputabilidad inmediata. En algunos países (Colombia, Chile y Perú), las compañías aseguradoras emiten pólizas de seguros sobre la vida, en las cuales, al momento de la celebración del contrato, renuncian a invocar la nulidad del mismo. En la práctica estos contratos son poco frecuentes en México, pues implican un gran riesgo para la aseguradora y por ende, poco atractivo para el negocio asegurador.

2. Cláusula de indisputabilidad diferida. Son las que usualmente se aplican en los contratos de seguros sobre las personas, implicando tal cláusula que para que el seguro no pueda impugnarse de nulo por parte del asegurador, deberá de transcurrir el término que dispone la ley, el término convenido o en su caso es necesario que el asegurado viva durante todo el periodo pactado, y transcurridos estos plazos, la póliza se convierte en indisputable.

3. Cláusula de indisputabilidad absoluta. Cuando se conviene que la póliza de seguro se emita con esta cláusula, la aseguradora conviene en que no podrá eludir su responsabilidad de pago SIN RESTRICCIÓN O EXCEPCIÓN ALGUNA, trascurrido el término de indisputable que emane de la ley o el pactado por las partes. En la práctica es poco frecuente este tipo de cláusula.

4. Cláusula de indisputabilidad con excepciones. Por regla general, esta cláusula aparece en todos los contratos de seguro sobre las personas, la cual implica la renuncia de la compañía de seguros del derecho de invocar la nulidad de un contrato, después del término que señala la ley o que pactan las partes, la aplicación de la indisputabilidad ante las excepciones de dolo, falsa declaración de la edad del asegurado o falta de existencia del contrato. En México, esta es la cláusula que con mayor frecuencia, por no decir que en todas, se utiliza en las pólizas de seguro.

1.6 LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD SU ORIGEN.

Las restricciones con que se emitían las primeras pólizas de seguros de vida, así como los requisitos necesarios para su validez, originaron en el siglo pasado un gran número de litigios, en los cuales se controvertía la eficacia jurídica del contrato o su alcance para cubrir tal o cual riesgo.

Con frecuencia a la validez del contrato, solía plantear frecuentes conflictos respecto al consentimiento del asegurador, pues de acuerdo a las reglas generales de las obligaciones, para que este fuera jurídicamente eficaz, no debía de reposar en error o ser obtenido por dolo.

Así, muchos contratos de seguros sobre la vida fueron declarados nulos, porque con posterioridad a su celebración vino a descubrirse que las declaraciones del solicitante, deliberadamente o por simple descuido o ignorancia, no se ajustaban de modo estricto a la verdad y ello, en ocasiones, aunque la circunstancia omitida o declarada inexactamente, no hubiese tenido influencia sobre la realización del siniestro; era tomado como excusa por la aseguradora para invocar la rescisión o nulidad del contrato de seguro. Esta circunstancia empezó a introducir un elemento de incertidumbre o de temor entre los asegurados de buena fe.

en detrimento de la comercialización del seguro.

Por ello, hacia fines del siglo pasado, no sólo pudo observarse una tendencia en los tribunales en el sentido de interpretar menos rigurosamente las causas de invalidez del seguro, sino que las propias compañías aseguradoras consideraron que era preferible para sus propios intereses y para el interés del seguro en general, el abstenerse de discutir la validez de las pólizas emitidas a solicitud de contratantes de buena fe, aunque existiesen causas que de una u otra forma pudieran invalidarlas, siendo conveniente reducir estas.

Es así como muchas compañías, probablemente las que funcionaban en países anglosajones y germánicos, introdujeron en sus pólizas la llamada "clause of incontestability" (cláusula de incontestabilidad o indisputabilidad), en virtud de la cual, los aseguradores renunciaban a impugnar la validez de las pólizas que emitían. Dicha cláusula fue prontamente adoptada por las compañías latinoamericanas y europeas, aunque al parecer, en Francia⁴ y sobre todo en España, su uso no ha llegado a ser general y trascendente.

En Alemania, el artículo 163 de la ley del 30 de mayo de 1908, dispone que la cláusula de indisputabilidad se consideraba como norma imperativa, pero sólo en los casos en

que la póliza había estado vigente por un período de diez años consecutivos.¹³

A partir de 1906, la mayor parte de los estados de la unión americana dictaron leyes que hacen obligatoria, de una u otra forma, la inserción de la cláusula de indisputabilidad. Actualmente esta exigencia rige en más de 30 estados de la unión. En este país, se tiene conocimiento de que la primera ley que hizo obligatoria a esta cláusula se dictó en Nueva York, en 1906, pero desde 1872, en Ohio, se había declarado inadmisibles la excepción de nulidad de una póliza por la cual se hubieran pagado tres primas anuales, si se fundaba en errores o inexactas declaraciones, excepto a las referentes a la edad del asegurado o en caso de dolo.¹⁴

La actual ley francesa de seguros del 13 de julio de 1930, nada dispone sobre la indisputabilidad de las pólizas.¹⁵

El proyecto de ley elaborado por Mossa en 1931, declara indisputables a las pólizas de seguro de vida que hubieran estado en vigor un año, salvo el caso de dolo. Cabe

¹³ Martínez Gil, José de Jesús, op. cit., pág. 161.

¹⁴ IDEM.

¹⁵ IDEM.

indicar, que del Código Civil italiano de 1942, al regular el contrato de seguro, no sigue el proyecto mencionado, pues considera causa de nulidad del contrato a las declaraciones inexactas u omisiones, en caso de que el contratante hubiera obrado con dolo o culpa grave.¹⁴

Para concluir, he de mencionar que en México, la cláusula de indisputabilidad se empezó a utilizar a principios de este siglo, pero en forma y casos aislados. No fue sino hasta mediados de los años treinta, fecha en que tuvo un gran repunte del mercado de seguros en este país, cuando se uso en forma generalizada. Así, el 26 de agosto de 1935, al promulgarse la actual ley del contrato sobre el seguro se dispone la aplicación de esta cláusula en forma generalizada e imperativa (artículo 186 y 193 de la ley en comento), sin embargo a partir de entonces su aplicación ha sido en forma incorrecta y la mayor de las veces con ventaja o beneficio de las compañías aseguradoras, en virtud de la mala redacción del artículo que consagra esta figura (art. 186), sin embargo este comentario será tema de capítulo posterior.

¹⁴ IDEM.

CAPITULO SEGUNDO

LA APLICACION DE LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO SOBRE LAS PERSONAS

- 2.1. Campo de aplicación de la cláusula de indisputabilidad en el contrato de seguro sobre las personas.
- 2.2. Redacción de la cláusula de indisputabilidad en el contrato de seguro sobre las personas.
- 2.3. Necesidad de una correcta legislación de la figura denominada indisputabilidad en el contrato de seguro sobre las personas.

LA APLICACION DE LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO SOBRE LAS PERSONAS

2.1. CAMPO DE APLICACION DE LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO SOBRE LAS PERSONAS.

En este punto he de exponer la forma, momento, alcance y efectos en que se aplica y tiene la cláusula de indisputabilidad en los contratos de seguro sobre las personas. Al respecto, mencionaré que en la práctica aseguradora en México, se entiende al campo de aplicación de la cláusula de mérito en dos aspectos, el primero a su ámbito formal y el segundo a su ámbito jurídico. Para precisar este comentario, a continuación desglosaré ambos aspectos:

A) AMBITO FORMAL. En este aspecto se contempla la situación de en donde se ubica la cláusula de indisputabilidad. Así tenemos que dicha cláusula se encuentra plasmada dentro de las condiciones generales que junto con la póliza conforman el contrato de seguro. Por lo general, se encuentra casi en las primeras cláusulas de las condiciones mencionadas (ver anexos).

Ahora bien, en México existe una idea generalizada por parte de las compañías de seguros en el sentido de que la cláusula de referencia sólo se aplicará única y

exclusivamente EN LOS CONTRATOS DE SEGURO DE VIDA situación totalmente errónea y contraria a derecho. En efecto, en México todas las empresas de seguros trabajan sus pólizas (de seguro) con la cláusula de indisputabilidad única y exclusivamente respecto a los contratos de seguro de vida, aludiendo que no hay la regulación jurídica al respecto y, además, dicha cláusula, nació en la aplicación de ese contrato en lo particular, y así ha de aplicarse.

Al respecto, si bien es cierto que no hay regulación expresa, también lo es, que nuestra ley de seguro habla muy claramente en su artículo 151 que el contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital y asimismo esta disposición está contemplada en el Título Tercero sobre las disposiciones especiales del contrato de seguro sobre las personas y, como se mencionó en el capítulo anterior, la razón de ser de la figura denominada indisputabilidad emana del artículo 186 de la propia ley y título, por lo que es posible concluir que LA INDISPUTABILIDAD ES DE APLICACION GENERAL E IMPERATIVA A TODOS LOS CONTRATOS DE SEGUROS SOBRE LAS PERSONAS EN MEXICO (art. 193 L.S.C.S.).

Como ejemplo de la errónea aplicación de las aseguradoras mexicanas respecto de la cláusula de

indisputabilidad, se anexan condiciones generales de contratos de seguro del ramo de accidentes y enfermedades o gastos médicos, en las cuales no se contempla dicha cláusula o en su caso contempla un período de TRES AÑOS de vigencia continuada de la póliza para que opere la cláusula de indisputabilidad, actuando así contra las disposiciones referidas y, lo más importante, EN CONTRA DE LOS USUARIOS DE LOS SEGUROS DE ESTE TIPO. ESTA ES LA PRINCIPAL RAZON DE SER DEL TRABAJO QUE AQUI SE DESARROLLA.

B) AMBITO JURIDICO. En lo que respecta a la cuestión jurídica de la aplicación de esta cláusula, debo manifestar, que al igual que el anterior, hay una idea generalizada equívoca por parte de las compañías aseguradoras e incluso (lo que es peor) por parte de algunos de los tratadistas de la materia (De Larramendi, Martínez Gil, Huebner, Halperin, entre otros) ya que se piensa que la cláusula de indisputabilidad solo habrá de versar o de operar cuando, después de transcurrido el plazo que determina la ley (dos años de vigencia continua de la póliza) el asegurador al recibir la reclamación de pago descubra que el siniestro que se reclama fue omitido o falsamente declarado por el asegurado al momento de requisitar la solicitud del seguro.

Al respecto, es importante resaltar que el razonamiento arriba desglosado es incorrecto, ya que la

cláusula de indisputabilidad es una figura jurídica que por sí misma representa, como ya se dijo, la renuncia de la propia aseguradora para invocar la nulidad o rescisión del contrato de seguro celebrado. Por tanto, si se cumplen los requisitos para que opere dicha indisputabilidad, estaremos entonces ante una obligación de pago indiscutible y por consiguiente no solamente es de aplicarse a las omisiones o inexactas declaraciones del asegurado, sino a cualquier otra circunstancia que provoque el siniestro, incluso, el propio suicidio del asegurado (art. 186 L.S.C.S.).

De lo anterior, resultan inexactas las delimitaciones que se realizan frecuentemente en los contratos de seguros sobre las personas, sobre que la empresa de seguros no se hará responsable cuando el asegurado sufra un daño físico o incluso pierda la vida, en un duelo, a consecuencia de una sentencia judicial, por la actividad o profesión del asegurado, o cuando éste traslada su residencia a un lugar insalubre; ya que como se dijo anteriormente, la cláusula de indisputabilidad opera en forma categórica e indiscutible, al reunirse los requisitos de ley.

Es preciso indicar que la cláusula en estudio no es regla absoluta, ya que admite excepciones, las cuales por su importancia, serán tema de estudio en el siguiente capítulo.

2.2. REDACCION DE LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO SOBRE LAS PERSONAS.

En este punto, transcribiré y comentaré la forma en que otros países y el nuestro redactan en los contratos de seguro sobre las personas, la cláusula de indisputabilidad. Estimo importante hacer esto, ya que al comparar la forma en que se maneja la cláusula de mérito en otras legislaciones, podré dar, en mis conclusiones, una propuesta para mejorar esta figura. Así tenemos que, en Estados Unidos de Norteamérica, la cláusula de indisputabilidad se emplea a saber en cuatro tipos:

a) Indisputable después de que la póliza haya estado en vigor, viviendo el asegurado, por determinados años;

b) Indisputable después de que la póliza haya estado en vigor durante uno o varios años; pero sin hacer referencia a que este período sea en vida del asegurado;

c) Indisputable después de uno o varios años, y;

d) Indisputable después de un año cuando desde la fecha de la emisión a no ser que el asegurado muera durante ese año, en cuyo caso será indisputable, después de dos años

a partir de la fecha de emisión.¹

Comentarios especiales merecen las distintas aplicaciones de la cláusula de indisputabilidad en los contratos de seguro sobre las personas que operan las compañías de seguros americanas, ya que manejan la figura de la indisputabilidad según su oferta, y asegurado en específico, teniendo una gran "libertad" para hacerlo, pues su legislación se los permite. En principio pareciera muy conveniente, comercialmente hablando. Sin embargo, pude investigar que de cada diez pólizas emitidas, cuatro son objeto de litigio. Esto es lógico, ya que se da amplia libertad de actuar a los aseguradores para que manejen en específico esta cláusula y es obvio que la emplearán en beneficio de sus intereses. En relación a lo anterior, los tratadistas norteamericanos J. M. Laird y B. M. Anderson, en su obra indican que "... es necesario que se regule correctamente la figura de la indisputabilidad, pues si se les sigue dando autoridad a las empresas aseguradoras para que la manejen en sus contratos, el fin de dicha figura seguirá decayendo, provocando más litigios y molestias a los asegurados..."²

¹ Laird, J. M. y Anderson, B. M., "El Seguro de Vida". Traducción de Luis Guasch Rubio, Editorial Compañía Continental, S. A., 2a. Edición, Nueva York, E. U. A., pags. 177 y 178.

² IBIDEM, pag. 180.

Por otra parte las empresas canadienses redactan la cláusula de indisputabilidad de la siguiente forma:

"Las declaraciones hechas por el contratante del seguro o por el asegurado, en la solicitud o en el examen médico serán consideradas verdaderas e indisputables, excepto en el caso de declaraciones dolosas, o error respecto a la edad, después de que el contrato haya estado en vigor por dos años durante la vida de la persona asegurada".³

En esta cláusula se observa la idea errónea que se comentó, en el sentido de que la indisputabilidad sólo operará respecto de las omisiones o inexactas declaraciones incurridas por el asegurado al momento de suscribir la solicitud del contrato de seguro.

Asimismo, la cláusula adoptada por las grandes compañías francesas dice así:

"Las declaraciones, tanto del contratante como del tercero asegurado, sirven de base a este contrato. Toda reticencia, toda falsa declaración que disminuyan la apreciación del riesgo o que cambie su objeto, anulan el seguro y en este caso, las primas pagadas quedarán a favor de

³ IBIDEM, pag. 182.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

79

la compañía de seguros. Sin embargo, después de cinco años enteros transcurridos desde la suscripción del seguro, las disposiciones del párrafo anterior no podrán ser invocadas por la compañía".⁴

En la cláusula de referencia en idéntica manera se refiere única y exclusivamente a las declaraciones omisas o inexactas del asegurado al momento de solicitar el seguro, aparte, en la ley de seguros francesa se dispone un término de cinco años de vigencia continua de la póliza para que opere la indisputabilidad, disposición por demás ventajosa para la aseguradora.

Por otro lado, la cláusula de las compañías italianas esta redactada como sigue:

"Indisputabilidad del seguro; si las respuestas suministradas por el contratante o por el asegurado a las preguntas contenidas en la solicitud del seguro o en sus anexos o suplementos no son verdaderas o son incompletas, el seguro es nulo. Sin embargo, transcurriendo un año desde la celebración del contrato, la compañía no puede suscitar disputa por las respuestas no verdaderas o incompletas, a no

⁴ Magee, Joseph, H., op. cit., pág. 264.

ser en caso de fraude o engaño".⁵

Es clara la redacción de la cláusula de indisputabilidad en los contratos de seguro en Italia, pero sigue refiriéndose única y exclusivamente a las declaraciones del asegurado (ya sean omisas o inexactas), pero surge algo nuevo e importante para este trabajo, que en Italia el término de indisputabilidad es de un año de vigencia de la póliza y que en la cláusula misma se refiere a las excepciones de la indisputabilidad, es decir dolo o engaño, puntos que como se comentó serán tema de análisis en el capítulo posterior.

Continuando con este punto, la cláusula de indisputabilidad usada en Argentina, indica:

"Incontestabilidad; transcurridos tres años desde la celebración del contrato, el asegurador no puede invocar la reticencia, excepto cuando fuere dolosa. (art. 130 Ley 17.418 SEGUROS)".⁶

Aquí se menciona la reticencia que significa o es

⁵ Danati, Antígino, op. cit., pág. 205.

⁶ Meilij, Gustavo Raúl, "Tratado de Derecho de Seguros". Editorial De Palma, Rosario, Argentina, 1975, pag. 242.

"... el disimulo de un hecho o circunstancia por la persona que se encuentra en la obligación de manifestar su existencia".⁷ Por lo tanto, también se relaciona en Argentina a la indisputabilidad con las declaraciones del asegurado, contemplando además, un término de tres años para que opere dicha figura. Asimismo, también se contempla una de las excepciones a la indisputabilidad, que es el dolo por parte del asegurado, el cual será comentado más adelante.

Por otra parte en Colombia, la cláusula de indisputabilidad se describe así:

"El asegurador no puede invocar la reticencia como fuente de ajuste o nulidad del contrato una vez que hayan transcurrido tres años de su celebración, salvo que el ocultamiento o falsedad hubieren sido dolosos".⁸

En dicha cláusula del mismo modo se refiere a las declaraciones del asegurado, sin embargo, el propio tratadista colombiano Carlos Ignacio Jaramillo J. hace una

⁷ De Pina, Rafael, "Diccionario de Derecho", Editorial Porrúa, 11a. Edición, México, pág. 437.

⁸ Jaramillo, J. Carlos Ignacio, "Estructura de la Forma en el Contrato de Seguro", Editorial Temis, S. A., Bogotá, Colombia, 1986, pag. 282.

crítica a la disposición que regula a la indisputabilidad en la ley de seguros colombiana, al decir "... la legislación de seguros sólo se refiere a la reticencia del asegurado, cosa por demás insuficiente, pues la cláusula de indisputabilidad debe aplicarse no sólo a las reticencias del solicitante del seguro, sino a todas aquellas circunstancias que se contemplen en el seguro y sean real y lícitamente posibles, siempre y cuando transcurran los tres años de vigencia ininterrumpida de la póliza y que el asegurado no haya obrado de mala fe..."⁹

Para concluir en lo que se refiere a la transcripción de las cláusulas extranjeras, cabe indicar que en un mercado tan importante para el seguro como lo es España, no se contempla la figura de la indisputabilidad en su legislación y por consiguiente no se redacta ni aparece en ninguna póliza de seguro sobre las personas.

Ahora bien en México, la redacción actualmente más difundida de la cláusula de indisputabilidad, empleada por diez compañías mexicanas de seguros y que puede considerarse como "cláusula tipo" aprobada debidamente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, es la siguiente:

⁹ IBIDEM, pag. 283.

"INDISPUTABILIDAD: las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurrido dos años a partir de su fecha efectuada o de su última rehabilitación, renunciando la compañía al derecho que le confiere la ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el asegurado al formular la propuesta de seguro, la propuesta de rehabilitación o, en su caso, al contestar el examen médico".

Ver esta cláusula en las condiciones generales del seguro de vida expedido por Seguros Interamericana, S. A., que se anexa en las últimas hojas de este trabajo.

Otras compañías, en número de ocho, redactan sus cláusulas de indisputabilidad de la siguiente manera:

"Esta póliza no será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la expedición de la póliza, para su rehabilitación, para otorgar un incremento adicional en la suma asegurada no estipulado en el contrato o para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional después de dos años de su inicio de vigencia, de su última rehabilitación del otorgamiento del incremento en suma asegurada o de la inclusión del beneficio o cláusula adicional".

Esta cláusula se puede observar en las condiciones generales del contrato de seguro de vida expedida por Seguros Tepeyac, S. A., la cual se anexa con este trabajo.

Otras compañías (entre ellas Seguros Monterrey, S. A.), redactan su cláusula de indisputabilidad como sigue:

"Indisputabilidad; una vez transcurridos tres años de vigencia ininterrumpida de la cobertura otorgada a un miembro de la familia asegurada, la institución no podrá rechazar el pago de la indemnización correspondiente a los gastos efectuados a partir del vencimiento de dicho plazo; por causa de enfermedad o accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de dicho miembro en el seguro y siempre que tales gastos no se encuentren específicamente excluidos conforme a esta póliza".

De igual modo podemos observar dicha redacción en la copia fotostática de las condiciones generales de la cláusula de indisputabilidad del seguro de vida, que se anexa en este trabajo.

Por último resulta muy importante, mencionar que las compañías de seguros en México, sólo contemplan en forma general y obligatoria a la cláusula de indisputabilidad en los contratos de seguro de vida, pero en los demás seguros de

personas, nada disponen al respecto, por ejemplo en los anexos que se exhiben respecto de condiciones generales de pólizas de seguros de accidentes y enfermedades, de tres, sólo en una se contempla la cláusula de referencia (en la de Seguros Interamericana); por lo que, dicha actitud es contraria a los intereses de los usuarios del seguro y lo grave es que la propia Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, consiente dicha omisión.

De lo anterior se desprende claramente que la figura de indisputabilidad sólo se aplica a las declaraciones (omisas o inexactas) que formula el proponente del seguro en la solicitud del mismo, dejando a un lado las circunstancias de hecho o de derecho que pudieran beneficiar al asegurado. Es decir, en la práctica, las aseguradoras sólo ocupan dicha cláusula cuando ocurre un siniestro después de dos años de vigencia consecutiva de la póliza, pero única y exclusivamente si se refiere a omisiones o inexactas declaraciones del asegurado, de conformidad a lo que dispone al artículo 47 de la L.S.C.S. Al respecto, es pertinente indicar que, en mi opinión, es incorrecta esta utilización en virtud de que nuestra legislación en seguros dispone una indisputabilidad sujeta al previo transcurso de determinado período (dos años) y no a si incurrió en omisiones o inexactas declaraciones el asegurado, por lo que, las cláusulas de indisputabilidad que se utilizan en México, para

mi, son incorrectas. Este razonamiento se fundamenta en lo que disponen los artículos 186 y 193 de la L.S.C.S. que a la letra rezan:

"art. 186. La empresa aseguradora estará obligada, aún en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato, si el suicidio ocurre después de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática".

Y.

"art. 193. Todas las disposiciones de la presente ley tendrán el carácter de imperativas, a no ser que admitan el pacto en contrario".

Por lo expuesto, claramente se desprende que, la figura de la indisputabilidad emana de una disposición de carácter imperativo, que no solamente se refiere a las omisiones o inexactas declaraciones del asegurado, sino que contempla cualquier evento que ocurra, incluso el suicidio del propio asegurado, disponiendo que al concluir el segundo año de vigencia del seguro, la aseguradora ESTARA OBLIGADA a cumplir con el pago del seguro. Lamentablemente la redacción del artículo 186 de la ley en mérito, es ambiguo y confuso, prestándose a una interpretación deficiente y manipulada a los intereses de las aseguradoras y en detrimento del usuario del seguro, por lo que estimo necesario una legislación correcta a dicha indisputabilidad, tema a que me he de referir en el siguiente punto.

2.3 NECESIDAD DE UNA CORRECTA LEGISLACION DE LA FIGURA DENOMINADA INDISPUTABILIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO SOBRE LAS PERSONAS.

En este capítulo, he de comentar la necesidad que existe de legislar en debida forma la figura denominada "indisputabilidad" en los contratos de seguro sobre las personas. En efecto, como se ha comentado, la figura de mérito surge a raíz de una "opción" o conveniencia comercial de las empresas aseguradoras norteamericanas, con el objeto de reducir litigios con motivo de la validez de un contrato de seguros. Así, desde fines del siglo pasado, países como Estados Unidos, Argentina, Canadá, Francia e Inglaterra la han reglamentado en debida forma en sus legislaciones.

En México la indisputabilidad, carece de una debida reglamentación, pues al ser utilizada como mera costumbre comercial, hasta el momento nadie se ha preocupado por su normatividad; inclusive, en la práctica aseguradora de nuestro país, se tiene la idea generalizada de que dicha figura emana del artículo 186 de la L.S.C.S., esto en parte es cierto, pero dicho artículo es tan oscuro y confuso, que los aseguradores lo aplican a conveniencia de sus intereses y desde luego en detrimento de los asegurados.

Así tenemos que en México existe la necesidad de

una debida reglamentación de la figura jurídica comentada. La necesidad de referencia debe ser analizada desde dos puntos: el jurídico y el práctico. Para precisar estas ideas, a continuación me permitiré realizar un breve desglose de las mismas:

NECESIDAD JURIDICA. Esta necesidad surge desde el momento en que al realizar un estudio minucioso de diversos ordenamientos legales referentes al contrato de seguro en México, en ninguno se refieren específicamente a la indisputabilidad, es más, hay autores mexicanos (Díaz Bravo, Ruiz Rueda, Rodríguez y Rodríguez) que en sus obras, solamente hacen referencia de esta figura en algunos párrafos. Así, la investigación que importa este trabajo, me llevó a consultar jurisprudencia al respecto, encontrándome que la H. Suprema Corte de Justicia de la Nación, tan sólo contempla la figura que se comenta en una jurisprudencia, la cual en mi opinión, es un poco confusa y no detalla exactamente lo que debiera entenderse por "indisputabilidad" y en su caso cuando debe operar. Dicha jurisprudencia menciona lo siguiente:

SEGURO, CONTRATO DE, LA CONDICION DE INDISPUTABILIDAD DE LA POLIZA SEÑALA UN TERMINO DE CADUCIDAD Y NO DE PRESCRIPCION. Si el plazo de disputabilidad del contrato de seguro, se señala en la llamada cláusula de indisputabilidad, se abrevia el plazo de prescripción señalado en la ley, en cuanto que señala dos años a partir de la fecha de vigencia del contrato y no del día

en que la aseguradora haya tenido conocimiento de la omisión, falsa o inexacta declaración del asegurado al describir el riesgo, lógica y jurídicamente se debe de concluir que, si dicho pacto estableciera un plazo de prescripción, sería nulo; y como las condiciones generales de la póliza de seguro deben de interpretarse las unas por las otras, de manera en que se haga posible su objeto, es preciso concluir que el mencionado pacto o condición de indisputabilidad de la póliza, señala un término de caducidad y no de prescripción.

Jurisprudencia visible en ediciones Mayo, Tercera Sala, Séptima época, Volumen 71, Cuarta parte, Pág. 41.

De lo anterior, se desprende que la tesis jurisprudencial comentada nos da una idea de cómo opera la llamada cláusula de indisputabilidad, pero en ningún momento refiere si ésta es obligatoria, los casos en que debe aplicarse, en qué tipos de seguros, qué eventos ampara, etc. Así pues, tal y como se mencionó, la L.S.C.S. sólo contempla a la figura de mérito en un sólo artículo (el 186), el cual es por demás obscuro y confuso. Es obscuro porque en ningún momento se refiere a la indisputabilidad en específico. Este comentario se realiza, ya que en la investigación de este trabajo pude constatar que en otros países si lo contempla, tal es el caso de la Ley de Seguros Argentina, que en su artículo 130 indica:

"Art. 130. Incontestabilidad. Transcurridos tres años desde la celebración del contrato, el asegurador no puede invocar la reticencia, excepto cuando fuere

dolosa".¹⁹

Ahora bien, es claro que en el artículo 186 de la ley del seguro en México, en ningún momento se refiere a la indisputabilidad, sin embargo, las personas relacionadas con el medio asegurador tienen la idea de que es en este artículo en donde se plasma la figura. En relación con esto, tal y como se dijo al comienzo de este punto, este hecho es correcto, pero deja de serlo cuando no se le menciona a la indisputabilidad en dicho dispositivo legal, lo que propicia su indebida regulación.

Por otro lado, también he mencionado que el numeral invocado, en mi opinión, es obscuro, ya que su redacción es deficiente, pues en un principio se refiere a una obligación de la aseguradora, pero en ningún momento indica qué obligación, por lo que, deduciendo, dicha obligación debiera ser el cumplimiento del contrato, es decir, el pago de la suma asegurada; asimismo, dicha redacción hace incapie en forma extrema al evento sucedido en caso de suicidio del asegurado, concluyendo su primera idea en que la obligación de pago del asegurador operará después de dos años de vigencia del contrato. En mi modo de ver este artículo, sólo se refiere a una obligación por parte de la aseguradora de

¹⁹ Meilij, Gustavo Raúl, Op. cit., pag. 242.

pagar cuando ocurra el suicidio del asegurado, dejando a un lado dicho numeral, conceptos fundamentales de la figura denominada indisputabilidad.

Con base en lo anterior, existe una imperiosa necesidad de modificar el único artículo de la L.S.C.S. que se refiere "más o menos" a la cláusula de indisputabilidad, por lo que, mediante este trabajo y en un punto posterior, me permitiré aportar una propuesta de reforma al mismo, la cual en forma clara y sencilla nos dará una idea de lo que es la indisputabilidad, cuándo y cómo debe aplicarse, las cuestiones o eventos que ampara y en mi opinión la parte medular, consistente en la obligatoriedad de insertarse en todos los contratos de seguros sobre las personas, esto con el objeto de reducir en gran parte los abusos de las compañías aseguradoras y regular en óptima forma la figura tantas veces mencionada.

NECESIDAD PRACTICA. En relación con la idea anteriormente desglosada, en mi opinión existe una necesidad referente a la aplicación indebida que en la práctica se llega a dar, tanto por las empresas de seguros, autoridades administrativas o judiciales, tratadistas e incluso abogados. En efecto, la necesidad de una correcta legislación de la figura denominada indisputabilidad en el contrato de seguro sobre las personas es imperiosa, dado que en la práctica, ya

sea al celebrar un contrato de seguro de este tipo o al valorar la validez del mismo, surge una laguna al no estar debidamente legislada la indisputabilidad, lo que motiva a que las compañías de seguros manejen tal figura a su antojo y en obvio detrimento de los asegurados, así también tanto para los tribunales administrativos o judiciales resulta difícil aplicar el derecho, ya que este no existe, es decir, no hay regulación jurídica expresa sobre la cláusula de indisputabilidad, y por último los abogados que se desenvuelven en el medio de seguros no saben interpretarla y mucho menos aplicarla.

Un ejemplo de los abusos que en la práctica ocurren por parte de las aseguradoras se da muy frecuentemente cuando al contratar un seguro de accidentes y enfermedades (también se le denomina de gastos médicos), se le hace llegar al asegurado la póliza de seguro adjuntando también las condiciones generales, sin embargo, en estas últimas jamás está incluida la cláusula de indisputabilidad, ya que según las aseguradoras, dicha cláusula sólo se aplica en los contratos de seguro de vida. Al respecto, me permito hacer referencia al punto anterior de este capítulo, en donde en forma clara y precisa detallé que la L.S.C.S. contempla en forma general a los contratos de seguro sobre las personas y en ellos están comprendidos el de vida, accidentes y enfermedades, de grupo, de viajero, etc.; llegando a concluir

que en cualquier contrato de seguro sobre las personas es aplicable la cláusula de indisputabilidad.

No obstante lo anterior, de igual manera las aseguradoras realizan múltiples injusticias al aplicar en indebida forma la cláusula de indisputabilidad, en virtud desde luego a la falta de regulación expresa de dicha cláusula, cuando al celebrarse el contrato de seguro y transcurre vigente por dos años consecutivos (término que dispone la ley para que opere la indisputabilidad), dichas compañías eluden su responsabilidad de pago al sostener conceptos inverosímiles (tales como que el contrato no cubre actividades peligrosas del asegurado v. gr. esquiar, alpinismo, paracaidismo, etc.) mediante las cuales rechazan las reclamaciones de los asegurados, obligando a acudir ante el órgano de vigilancia de las aseguradoras, es decir, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas o en su caso ante los Tribunales competentes.

Estos rechazos generan múltiples molestias a los asegurados e incluso reportan un perjuicio a sus intereses, pues en la mayoría de las veces, al negar el pago de un seguro de vida se deja sin protección, por regla general, a los familiares inmediatos del asegurado o como en el caso de los seguros de accidentes o enfermedades, los asegurados realizan los gastos médicos y hospitalarios que se requieran

en la atención del padecimiento sufrido, pensando en el reembolso que de estos hará la aseguradora siendo que al final le es negado dicho pago.

Los problemas aquí comentados, no son exclusivos del mercado de seguros en México, sino de muchos otros países, tal y como lo refiere el autor argentino Isaac Halperin en su obra "... en lo personal sugeriría que la incontestabilidad fuera óptimamente regulada, ya que su interpretación de por sí compleja, importa graves molestias y perjuicios a los asegurados en países en donde es poco aplicada y que incluso, en otros ni se aplica..."¹¹

Motivado por estas situaciones, creo pertinente indicar que es necesaria la debida legislación de la cláusula de indisputabilidad, pero hago notar que mi afán no es de perjudicar la actividad empresarial de las aseguradoras, sino que simplemente se realicen dichas actividades conforme a derecho y por consiguiente, que el contrato de seguro en México sea justo y equitativo.

¹¹ Halperin, Isaac, "El Contrato de Seguro", Editorial De Palma, Buenos Aires, Argentina, 1983, pág. 305.

CAPITULO TERCERO

LA PROBLEMATICA JURIDICA Y PRACTICA DE INDISPUTABILIDAD EN EL
CONTRATO DE SEGURO SOBRE LAS PERSONAS.

3.1. Excepciones a la indisputabilidad:

3.1.1. Error y dolo en el contrato de seguro.

3.1.2. Falta de existencia de el contrato de seguro.

3.1.3. La inexacta o falsa declaración de la edad del
asegurado al momento de suscribir la solicitud para el
contrato de seguro.

3.2. Propuesta de reforma al artículo 186 de la Ley Sobre el
Contrato de Seguro actualmente en vigor.

LA PROBLEMÁTICA JURÍDICA Y PRÁCTICA DE LA INDISPUTABILIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO SOBRE LAS PERSONAS.

3.1 EXCEPCIONES A LA INDISPUTABILIDAD

En los capítulos anteriores he hablado sobre la cláusula de Indisputabilidad indicando que ésta es la figura mediante la cual la empresa de seguros renuncia a invocar la nulidad de un contrato de seguro sobre las personas, una vez que han transcurrido dos años de vigencia ininterrumpida del contrato. Ahora bien, esta imposibilidad de discusión, como toda regla admite excepciones.

En el tema que nos ocupa, pude investigar que la cláusula de indisputabilidad admite tres excepciones fundamentales, las cuales a continuación mencionaré y analizaré:

3.1.1 ERROR Y DOLO EN EL CONTRATO DE SEGURO

Este punto supone dos elementos de excepción, el error y el dolo, figuras mediante las cuales la empresa aseguradora puede invocar la nulidad del contrato de seguro.

Así conforme al orden mencionado, primeramente he de analizar el error en el contrato de seguro. Según lo

dispone el artículo 1813 del Código Civil, el error de hecho o de derecho invalida el contrato cuando recaer sobre el motivo determinado de la voluntad de cualquiera de los que contratan. En materia de seguros, el error opera cuando el solicitante del seguro al llenar o requisitar la solicitud de seguro, declara erróneamente algún dato que le es preguntado en dicha solicitud, el cual, posteriormente al realizarse el evento asegurado, sale a relucir.

Al respecto, los diversos tratadistas que se han consultado durante este trabajo, coinciden en el hecho de que el error mencionado sólo operará si éste es disimulado o efectuado de mala fe, pero si este error se da de buena fe, no da acción a la aseguradora de anular el contrato.

Para aclarar estas ideas, a continuación me permito desglosar ejemplos de estas: la de error de mala fe se da comúnmente en la práctica aseguradora, cuando una persona, al llenar el cuestionario médico que se anexa a las solicitudes de los contratos de seguro de vida o de accidentes y enfermedades, declara erróneamente en forma intencional que hace determinado tiempo había sido intervenido quirúrgicamente de un mal, cuando en realidad se le había practicado otra operación, pues sabe que si declara la verdad, no le será cubierto el padecimiento real o en su caso le aumentaría la prima de seguro; para unos tratadistas esto

se podría tomar como dolo. (Halperin, Huebner, Meilij, Martínez Gíl).

De este ejemplo claramente se desprende cómo el contratante, declara erróneamente viciando la voluntad de la aseguradora y dando oportunidad a ésta de solicitar la anulación del contrato. (Artículos 8o. y 47 de la L.S.C.S.).

El ejemplo contrario, es decir de buena fe, se da comúnmente en los casos en que alguna persona o personas desconocen con exactitud su edad ya sea por que son de edad avanzada, o por que en provincia, sobre todo, jamás los registraron y carecen de acta de nacimiento. Así cuando llenan o requisitan una solicitud de seguros declaran una edad que no es la correcta, pero como se explicó antes, dicha omisión no es intencional o de mala fe. Ante estos casos, al conocerse este error, si es subsanable, la empresa de seguros no puede anular el contrato de seguro, y sólo puede hacer un "ajuste" (pago extra) en la prima de seguro y algunas veces, a las sumas o coberturas aseguradas. (Artículos 160, 161 y 162 de la L.S.C.S.).

Cabe indicar, en relación al ejemplo anterior, que la declaración inexacta de la edad también puede constituirse como una situación de mala fe, pero esta idea será tema de análisis posterior.

De lo antes expuesto, la excepción a la cláusula de indisputabilidad fundamentada en el error en el contrato de seguro, puede valorarse y analizarse en los ejemplos citados, ya que los demás casos en que es viciada intencionalmente la voluntad de la compañía de seguros al celebrar el contrato de seguro, son tomados y analizados como dolo, tema próximo.

El caso de dolo por parte del contratante del seguro, es el que por lo general suscita la mayoría de problemas respecto a la aplicación de la cláusula de indisputabilidad. El dolo en el contrato de seguro se manifiesta en una gran variedad de situaciones, desde la persona que contesta en forma intencional con falsedad una pregunta de las contenidas en el cuestionario médico proporcionado por la empresa aseguradora, creyéndola sin importancia para la apreciación del riesgo a asegurar, hasta el de quien o quienes planean complicadas "maquinaciones" para obtener por parte de la aseguradora la celebración del contrato, con el objeto de lucrar a costa de la empresa de seguros.

Para poder continuar esta idea, creo preciso señalar que se debe de entender por dolo. Así, nuestro Código Civil, en su artículo 1815 define el dolo en los contratos como "...cualquier sugestión o artificio que se emplee para inducir en error o mantener en él a alguno de los

contratantes."

Así también, muchos tratadistas han analizado el caso de dolo en los contratos, pero para este trabajo es importante citar lo que nos señala el tratadista argentino Luis Muñoz en su obra "...el dolo no es otra cosa que el comportamiento o la conducta que quebranta un deber, cuando la parte contratante o un tercero, al obrar o al omitir voluntariamente y con representación del resultado, inducen al error a la contraparte, conscientes de la relación de la causalidad entre la declaración o manifestación de contenido volitivo y el resultado, que es aquel error."

Para concluir este razonamiento, baste citar lo que la jurisprudencia argentina, (en México no existe jurisprudencia alguna al respecto), ha definido como dolo en el contrato de seguro en relación a la cláusula de indisputabilidad:

"RETICENCIA Y DOLO EN EL CONTRATO DE SEGURO.- Cuando el contrato de seguro tiene pactada la cláusula de indisputabilidad, la reticencia del asegurado no produce la anulación del contrato, excepto que el ocultamiento tuviere el carácter de doloso."

Ahora bien, una vez que se ha definido el dolo en

¹ Muñoz Luis, "Derecho Comercial, Contratos", Editorial Tipográfica Argentina, Buenos Aires, 1960, pág. 460.

² IBIDEM, pág. 461.

el contrato de seguro, mediante este trabajo pude investigar que la mayoría de los tratadistas de la materia coinciden en delimitar al dolo en el contrato de seguro en dos formas:

- A) La declaración conscientemente falsa, y;
- B) Las conductas fraudulentas.³

En cuanto al primer supuesto de dolo en los contratos de seguro sobre las personas, es decir, a las falsas declaraciones del solicitante del seguro, estas obviamente inducen al error a la compañía de seguros, constituyendo así el supuesto que dispone el artículo 1815 del Código Civil, y si dicho dolo es causa fundamental y determinante de la realización del evento que se aseguró, tal situación hace anulable el contrato de seguro. (Artículo 1816 del Código citado).

En relación a lo mencionado en el párrafo anterior, si el contratante del seguro incurre u obra con dolo al momento de suscribir la solicitud del contrato, con el objeto de tomar ventaja en relación a la aseguradora y por consiguiente obtener un lucro indebido, tal situación queda eximida de la aplicación de la cláusula de indisputabilidad, ya que el artículo 1822 del código Civil establece que "...no

³ Martínez Gíl, José de Jesús, op. cit., pág. 107.

es lícito renunciar para lo futuro la nulidad que resulte del dolo o la violencia."

Para culminar con esta idea, un ejemplo típico de una falsa declaración en un contrato de seguro sobre las personas, se da cuando el solicitante del seguro, al llenar el cuestionario médico declara falsamente que no ha padecido enfermedades graves o crónicas o intervenciones quirúrgicas anteriores a la solicitud del seguro, siendo que en realidad si las ha padecido. Otro ejemplo clásico de esta conducta dolosa es cuando omite declarar que tiene ciertos hábitos nocivos tales como fumar, ingerir bebidas alcohólicas consuetudinariamente, hacer uso de drogas, etc.

Por otra parte, la hipótesis de que el dolo puede consistir en que el contratante o solicitante del seguro puede incurrir en maniobras para inducir a error o engaño a la compañía aseguradora, resulta la más contundente y clara excepción a la aplicación de la cláusula de indisputabilidad en los contratos de seguro sobre las personas, pues estas conductas afectan de nulidad cualquier contrato, incluso constituyen en ilícitos que sanciona la ley penal (Artículo 1386 del Código Penal).

Aunado a lo anterior es importante resaltar que nuestra legislación claramente dispone que el dolo anula el

contrato si este fue causa determinante en el propio acuerdo de voluntades. (Artículos 1816 del Código Civil y 77 de la L.S.C.S.)

Ejemplos típicos de esta conducta de dan cuando hay sustitución de una persona por otra cuando la aseguradora realiza el examen médico para el contrato de seguro solicitado o cuando hay un cambio de muestras de orina de una persona diabética que pretende asegurarse por las de otra que está sana o cuando se asegura a una persona que ha fallecido usando documentos apócrifos, etc.

Finalmente, queda plenamente demostrado que esta primera excepción a la cláusula de indisputabilidad que atiende dos figuras jurídicas (error y dolo), por su propia naturaleza resultan inaplicables para sustentar la validez de un contrato determinado, dando así acción de nulidad a la contraparte en el contrato, en la especie a la compañía de seguros.

3.1.2. FALTA DE EXISTENCIA DE EL CONTRATO DE SEGURO.

De acuerdo con el artículo 1749 del Código Civil, para la existencia del contrato se requiere:

1. Consentimiento.
2. Objeto que pueda ser materia del contrato.

Por lo que respecta al primer supuesto citado, es decir, el consentimiento en el contrato, es preciso señalar que en el seguro sobre las personas existen dos hipótesis donde es imprescindible el consentimiento para la validez de dicho seguro, por lo que, si éste faltara, el contrato de seguro estaría viciado, dando acción de nulidad a la aseguradora y siendo por consiguiente inaplicable la cláusula de indisputabilidad.

Para aclarar las ideas mencionadas en el párrafo anterior, la primera hipótesis referida se desprende de lo que dispone el artículo 156 de la L.S.C.S., que indica:

"Art. 156.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento que deberá de constar por escrito antes de la celebración del contrato con indicación de la suma asegurada..."

Al respecto, es preciso manifestar que el legislador pretende evitar posibles conductas ilícitas que tengan por objeto un lucro indebido, pues hace tiempo cuando no se reglamentaba este hecho, eran frecuentes lo que se conoce en la práctica aseguradora como "autoviudazos", es decir, que un cónyuge aseguraba la vida del otro cónyuge por

determinada suma de dinero quedando él mismo como beneficiario del seguro y después planeaba la muerte de su cónyuge, con el objeto de cobrar el seguro.

En la actualidad estos casos ya no se dan pues la práctica aseguradora exige este requisito, aunque si se llegase a dar esta situación desde luego que no operaría la cláusula de indisputabilidad, ya que se estaría violando una disposición de orden público, dando consecuentemente acción de nulidad a la aseguradora.

El segundo supuesto que se da en los contratos de seguro sobre las personas respecto al consentimiento, emana del artículo 158 de la ley en consulta que textualmente indica:

"Art. 158.- Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal, de otra suerte el contrato será nulo..."

En esta hipótesis de igual modo, el legislador previene conducta dolosas que afecten a los contratantes (principalmente a la aseguradora) así como también tutela el hecho de que, para celebrar un contrato, las partes interesadas deberán de tener las facultades a que se refieren los artículos 635, 1795 y 2224 del Código Civil.

Así, estos dos supuestos son los que se presentan en los contratos de seguro sobre las personas, en donde en forma clara se desprende que si no existe el consentimiento requerido en los casos mencionados, el contrato se vicia, dando acción de anular el mismo a la contraparte, y si el contrato se da en estas condiciones, la cláusula de indisputabilidad no deberá aplicarse, resultando así una excepción a la misma.

Por otro lado, en lo que se refiere a la hipótesis referente al objeto materia del contrato, el tratadista argentino Gustavo Raúl Meilij, nos indica "... el objeto que pueda ser materia del contrato de seguro presenta con referencia a estas dos manifestaciones de gran importancia:

- a) La existencia del riesgo que trata de cubrirse;
- b) Un interés asegurado por parte del contratante del seguro."

El primer supuesto se refiere a que es primordial para el contrato de seguro, que el objeto a asegurar sea real, es decir, que exista, lo que aplicado al contrato de seguro sobre las personas es obvio, por lo tanto esta hipótesis no requiere explicación.

⁴ Meilij, Gustavo Raúl, op. cit., pág. 182.

El segundo supuesto nos señala que el contratante del seguro deberá de tener el interés de que el objeto a asegurar no sufra algún daño o pérdida, lo que de igual modo, aplicado a los seguros sobre las personas resulta indiscutible su aplicación, ya que en estos contratos lo que se trata de asegurar son aquellos acontecimientos que afecten la integridad física del asegurado.

Para finalizar, se han analizado las situaciones en que al no darse los requisitos de consentimiento y objeto materia del contrato, estaría afectado de nulidad cualquier contrato no sólo el de seguro, resultando que se daría acción de anulabilidad del mismo y por consiguiente siendo una excepción a la aplicación de la cláusula de indisputabilidad.

3.1.3. LA INEXACTA O FALSA DECLARACION DE LA EDAD DEL ASEGURADO AL MOMENTO DE SUSCRIBIR LA SOLICITUD PARA EL CONTRATO DE SEGURO

Un hecho que tiene particular importancia en el seguro sobre las personas, en específico el de vida, es el de la declaración de la edad del asegurado, toda vez que no sólo determina la prima aplicable al seguro, sino que puede ser decisiva en la admisión del contrato. Así, es frecuente encontrar personas que no conocen con precisión su edad o que

están en la creencia de tener una edad que difiere en varios años de la que realmente tienen por lo que suele darse una información errónea al asegurador.

En principio, no hay ningún inconveniente legal para considerar que la inexacta declaración de la edad, si es hecha de buena fe por el solicitante del seguro, deba de quedar cubierta por el seguro y en consecuencia, permite perfectamente que sea aplicable la cláusula de indisputabilidad; por lo tanto, la compañía de seguros estaría obligada a pagar la suma asegurada, previo el "ajuste" respectivo (como se estudió y comentó en el primer tema de este capítulo).

Habría que excluir a lo mencionado en el párrafo anterior, dos supuestos que por si mismos constituyen las excepciones a la aplicación de la cláusula de indisputabilidad, según nos menciona el tratadista Luis Ruiz Rueda al referir en su obra que "... En lo que se refiere a la edad del asegurado, en México, sólo hay dos casos que pueden anular el contrato de seguro: 1o.- Cuando el asegurado es menor de doce años y; 2o.- Cuando la edad real del asegurado al momento de la celebración del contrato, está fuera de los límites de admisión fijados por la empresa

aseguradora."⁵

A lo que se refiere al primer caso de excepción que menciona el autor antes citado, éste emana de los que dispone el artículo 157 de la L.S.C.S., el cual a la letra indica:

"Art. 157.- El contrato de seguro para el caso de muerte sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo..."

De lo anterior, es claro que si alguna persona celebra un contrato de seguro sobre un menor de doce años y omite decirlo a la compañía aseguradora, estará actuando en contravención a la ley, por lo que dicho acto jurídico será nulo de pleno derecho y por consiguiente, no opera la aplicación de la cláusula de indisputabilidad. En la práctica aseguradora en México, esta situación es poco frecuente.

Asimismo el segundo supuesto que refiere el licenciado Ruiz Rueda, es por lo general, la más frecuente controversia en los contratos de seguro sobre las personas, en cuanto a este aspecto, pues en la práctica tal vez por haber considerado de carácter imperativo lo dispuesto en los artículos 160 y 161 de la L.S.C.S., las pólizas que emiten las empresas aseguradoras mexicanas, no obstante de contener

⁵ Ruiz Rueda, Luis, "El Contrato de Seguro", Editorial Porrúa, Séptima Edición, México, 1974, pág. 162.

la cláusula de indisputabilidad establecen expresamente que se puede anular el seguro si la edad del solicitante es fuera de los límites admisibles (en México hasta los setenta años).

En nuestro país la cláusula tipo aprobada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se establece de modo expreso la inexactitud de la edad como una excepción a la indisputabilidad.

Cabe mencionar, que esta figura es muy común en la práctica, pues muchas personas declaran tener una menor edad a efecto de que puedan ser sujetos de seguro o en su caso, exhiben actas de nacimiento falsas, para convalidar su declaración, actuando claramente en forma dolosa y en detrimento de los intereses de la empresa de seguros.

3.2 PROPUESTA DE REFORMA AL ARTICULO 186 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO ACTUALMENTE EN VIGOR.

En este punto, el suscrito, me permito aportar una solución para la debida aplicación de la cláusula de indisputabilidad en los contratos de seguro sobre las personas.

Durante este trabajo he mencionado que la figura denominada como indisputabilidad, no es otra cosa que la renuncia que en forma voluntaria hacen las empresas de seguros para discutir la validez de un contrato de seguro, después de cierto lapso de tiempo a partir de la celebración de dicho contrato. Asimismo, en el cuerpo de esta tesis referí que en algunos países esta renuncia es obligatoria y que en otros, como México, se aplica por mera costumbre comercial.

También indiqué que existen diversas clases de indisputabilidad y que en nuestro país sólo se aplica aquella que consiste en que la indisputabilidad empieza a surtir sus efectos después de dos años de vigencia ininterrumpida del contrato de seguro.

Por otra parte, de igual modo expuse que en la práctica aseguradora en México, la figura de mérito, sólo se

aplica en los contratos de seguro de vida, transgrediendo dicha práctica las disposiciones de los artículos 151 y 193 de la L.S.C.S., en las cuales claramente se nos indica que es un contrato de seguro sobre las personas y su carácter imperativo, por lo tanto, la exclusión que hacen las compañías de seguros respecto a la aplicación de la indisputabilidad en sus contratos, es contraria a la ley.

En relación con el párrafo que antecede, se dijo y estudió el porqué de dicha contravención a la ley, pues esta resulta de una deficiente legislación de esta figura, aunado al hecho de que, en el único artículo del cual se presume emana la indisputabilidad en nuestro país, su redacción es deficiente y engañosa, prestándose así a interpretaciones ventajosas para los intereses de las aseguradoras, en detrimento de los usuarios del seguro.

También se comentó que la figura denominada indisputabilidad no es absoluta, y que admite excepciones, es decir, que puede suscitarse casos en los cuales las personas que soliciten el seguro pueden incurrir en actos ilícitos para obtener de parte de la aseguradora un lucro indebido, por lo que, es posible concluir que en estos casos la indisputabilidad no operaría, pues en este caso se estaría debidamente tutelando los derechos e intereses de la aseguradora.

Con base en todos los elementos que se han desglosado en este capítulo y con fundamento en el estudio que me ha importado este trabajo, me permito aportar una reforma al artículo 186 de la L.S.C.S., con el objeto de que la figura de la indisputabilidad sea debidamente reglamentada, así como que al redactar, en mi opinión, de una manera más clara y objetiva a dicho artículo, podrá ser posible una mejor aplicación de la misma por parte de los sujetos que intervienen en el contrato de seguro (incluyendo a la autoridad regidora de las aseguradoras), haciéndolo más justo y acorde al espíritu de dicho contrato.

Así el artículo en cuestión podría quedar de la siguiente forma:

"Art. 186.- En los contratos de seguro sobre las personas, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma o sumas aseguradas, aún en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si el evento asegurado se verifica después de dos años de la celebración del contrato, el cual se ha convertido en indisputable. Si el suicidio ocurre antes de dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

La disposición que antecede no surtirá sus efectos si se demuestra que el asegurado obro con dolo, vició el consentimiento o declaró falsamente su edad real al solicitar el seguro."

De este modo, a mi juicio el artículo que se ha desglosado, reúne todas las características que se han planteado y estudiado en este trabajo tales como:

A) Que dicho numeral sea aplicable a todos los contratos sobre las personas (desde luego los que por su duración permitan la aplicación de la indisputabilidad), y no sólo a los seguros de vida;

B) Se define claramente que la empresa aseguradora está obligada a cumplir con el contrato de seguro, es decir, pagar la suma o sumas aseguradas, según lo dispone el artículo 1o. de la L.S.C.S.;

C) Se determina expresamente el período en que la indisputabilidad podrá empezar a tener efectos legales, es decir, dos años después de la celebración del contrato de seguro;

D) El punto medular de este trabajo y es el que se refiere a que por primera vez se regula en debida forma a la indisputabilidad, al indicarse en dicha propuesta de reforma al artículo de mérito que el contrato de seguro celebrado se "... ha convertido en indisputable...". Así esta figura emanará, sin ningún problema de interpretación o aplicación, de este artículo.

E) Para concluir y como se mencionó en este trabajo, la indisputabilidad no es absoluta, pues admite excepciones a su aplicación, las cuales se estudiaron a fondo

en este trabajo, incluso dándose ejemplos claros y comprensibles de ellos, por lo tanto, dichas excepciones se plasman desde luego en el último párrafo de la propuesta hecha, con lo cual también se tutelan los derechos e intereses de las empresas de seguros.

De esta manera, el suscrito, opino que este trabajo aporta en menor o mayor medida, un estudio y propuesta de reforma a un artículo, con el objeto de que se regule en debida forma un figura jurídica que en la práctica se utiliza, pero que jurídicamente carece de una debida normatividad, con lo cual, sirva este trabajo para ayudar a desaparecer esa "laguna" que existe en la ley y además, al legislarse dicha figura, los contratos de seguro sobre las personas que se celebran en México, sean más claros y acordes con la ley, tanto para los usuarios de estos contratos como para las compañías de seguros.

CONCLUSIONES

PRIMERA. Durante este trabajo he realizado un estudio jurídico y práctico en forma escrupulosa de la figura denominada INDISPUTABILIDAD, que tal y como se mencionó en esta obra, es la figura que mediante una cláusula aparece con carácter específico en los contratos de seguro sobre las personas y que implica la renuncia que en forma voluntaria hacen las empresas de seguros del ramo de personas, después de cierto tiempo a partir de la celebración de dicho contrato.

Asimismo, y toda vez que la INDISPUTABILIDAD se aplica únicamente en los contratos de seguro sobre las personas, mediante este trabajo se hizo un análisis de los principales contratos de este ramo, citándose sus modalidades y características.

SEGUNDA. En este trabajo también se hizo un estudio sobre las principales cláusulas que en específico, aparecen comúnmente en los contratos de seguro sobre las personas, resultando en este punto la denominada "CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD".

Así, al ya referirme en específico al tema central de este trabajo, es decir, la "CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD", mencioné que en algunos países esta cláusula impone en forma

II

obligatoria la renuncia de las aseguradoras, pero que en otros, como en México, su aplicación e interpretación es deficiente, ya que carece de una óptima legislación.

También se indicó, que existen diversas clases de INDISPUTABILIDAD y que en relación a nuestro país, esta figura se aplica o surte sus efectos después de que el contrato de seguro está dos años vigente en forma continua.

TERCERA. El suscrito, expuse que en la práctica aseguradora en México, la CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD, sólo se aplica a los contratos de seguro de vida, contraviniendo así las disposiciones de los artículos 151 y 193 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en los cuales claramente se indica lo que deberá de entenderse por un contrato de seguro sobre las personas y el carácter imperativo de tal disposición, por tanto, la exclusión que hacen las aseguradoras al respecto, como se dijo, es contraria a la ley.

En relación con el párrafo anterior, se analizó el porqué de dicha contravención a la ley, señalándose que tiene su origen en una deficiente regulación jurídica de la figura

III

denominada INDISPUTABILIDAD, ya que el único artículo del cual se supone emana esta figura (el 186 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro) la redacción es deficiente y confusa, prestándose a interpretaciones ventajosas por parte de las compañías de seguros, en obvio detrimento de los usuarios de estos seguros.

CUARTA. En esta obra, también se analizó el error en que incurren tanto los tratadistas, las aseguradoras e incluso los abogados, al determinar que la CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD sólo se aplica en relación a las declaraciones que realiza el contratante del seguro al requisitar la solicitud del mismo. En relación a esto, claramente se desglosó que la INDISPUTABILIDAD, no solamente versará sobre las declaraciones del contratante sino a todos los elementos del contrato del seguro, siempre que se reúnan los requisitos para que opere la misma. (Dos años de vigencia continua del seguro, la prima o primas pagadas, etc.).

QUINTA. De igual manera, en este trabajo se hizo una comparación de la forma en que se redacta la CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD en los contratos de seguro sobre las personas en otros países en relación con México.

IV

encontrándose grandes diferencias y deficiencias en las cláusulas que se redactan en este país, derivado de una deficiente legislación.

SEXTA. También, en esta tesis expuse la necesidad, tanto práctica como jurídica, que existe en el medio asegurador, para que la figura de la INDISPUTABILIDAD sea debidamente reglamentada, con lo cual, evitaría aplicaciones e interpretaciones deficientes de dicha figura, situación que en la práctica se realiza constantemente en beneficio de los intereses de las empresas de seguros, en obvio detrimento de los asegurados.

SEPTIMA. Por último, del mismo modo se mencionó en este trabajo que la CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD no es absoluta, ya que admite excepciones a su aplicación. Estas excepciones consisten fundamentalmente en el error y dolo en el contrato, la falta de existencia del contrato y la falsa declaración de la edad real del asegurado al momento de contratar el seguro, indicando también que estas excepciones pretenden tutelar los intereses de la compañías de seguros en contra de posibles conductas ilícitas de los asegurados.

OCTAVA. Con base en todos los argumentos que se han mencionado, por medio de esta tesis me permito aportar una reforma al artículo 186 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, con el objeto de que la INDISPUTABILIDAD en México, sea debidamente reglamentada, por lo que al tener dicho numeral una redacción más clara y objetiva, podrá ser objeto de una mejor interpretación y aplicación por parte de las personas, tanto físicas como morales que intervienen en los contratos de seguro sobre las personas en nuestro país (incluyendo a la autoridad regridora de las aseguradoras), haciéndolo así más justo.

Así, el artículo 186 de la ley mencionada quedaría de la siguiente manera:

"Art. 186.- En los contratos de seguro sobre las personas, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma o sumas aseguradas, aún en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si el evento asegurado se verifica después de dos años de la celebración del contrato, el cual se ha convertido en indisputable. Si el suicidio ocurre antes de dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

Esta disposición no surtirá sus efectos si se

VI

demuestra que el asegurado obró con dolo, vició el consentimiento o declaró falsamente su edad real al solicitar el seguro".

BIBLIOGRAFIA

1.- De Larramendi, Ignacio H., "Manual Básico de Seguros", Editorial Mapfre, S. A., Madrid, 1981.

2.- Díaz Bravo, Arturo, "Contratos mercantiles", Colección Textos Jurídicos Universitarios, Editorial Harla, Tercera Edición, México, 1992.

3.- Donati, Antigono, "Tratado de Derecho de los Seguros Privados", Editorial Milano, Milán, Italia, 1954.

4.- Halperin, Isaac, "El Contrato de Seguro", Editorial De Palma, Buenos Aires, Argentina, 1983.

5.- Huebner, Salomon S., "El Seguro de Vida", Editorial Mapfre, Madrid, 1980.

6.- Jaramillo J., Carlos Ignacio, "Estructura de la Forma en el Contrato de Seguro". Editorial Temis, S. A., Bogotá, Colombia, 1986.

7.- Laird, J. M. y B. M. Anderson, "El Seguro de Vida", traducción de Luis Guasch Rubio, Editorial Compañía Continental, S. A., Segunda Edición, Nueva York, E. U. A., 1965.

8.- Magee, Joseph H., "El seguro de Vida", Editorial UTEHA, Mexico, 1964.

9.- Martínez Gil, José de Jesús, "Manual Teórico y Práctico de Seguros". Editorial Porrúa, S. A., Segunda Edición, México, 1990.

10.- Meilij, Gustavo Raúl, "Tratado de Derecho de Seguros", Editorial De Palma, Rosario, Argentina, 1975.

11.- ----- "Manual de Seguros", Editorial De Palma, Buenos Aires, Argentina, 1987.

12.- Muñoz, Luis, "Derecho Comercial, Contratos", Editorial Tipográfica Argentina, Buenos Aires, Argentina, 1960.

13.- Mossa, Lorenzo, "Historia del Derecho Mercantil en los Siglos XIX y XX", Editorial Mapfre, Madrid, 1948.

14.- Ossa, G. J. Efrén, "Teoría General del Seguro, El Contrato", Editorial Temis, S. A., Bogotá, Colombia, 1981.

15.- Rodríguez Rodríguez, Joaquín, "Derecho Mercantil", Tomo II, Editorial Porrúa, 21ª Edición, México, 1994.

16.- Ruiz Rueda, Luis, "El Contrato de Seguro", Editorial Porrúa, 7ª Edición, México, 1974.

LEGISLACION

- 1.- Código Civil para el Distrito Federal.
- 2.- Código de Comercio.
- 3.- Código Penal para el Distrito Federal.
- 4.- Ley de Vías Generales de Comunicaciones.
- 5.- Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
- 6.- Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- 7.- Reglamento del Seguro de Grupo.

OTRAS FUENTES CONSULTADAS

1.- De Pina, Rafael. "Diccionario de Derecho". 11ª Edición.
Editorial Porrúa, México, 1983.

2.- Jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la
Nación.

**SEGUROS
MONTERREY****CERTIFICADO INDIVIDUAL**

FALLA DE ORIGEN

POLIZA No.
285,068**SEGURO COLECTIVO**CERTIFICADO No.
24NOMBRE DEL GRUPO
SEGURO COLECTIVONOMBRE DEL ASEGURADO
ATZORI MATTEU, GIAMPAOLOFECHA DE NACIMIENTO
18/ENERO/1948EDAD
42 AÑOSPLAN
ACCIDENTES PERSONALESFECHA DE VIGENCIA
15/ENERO/1991

MONTAÑO ALIMENTAL:

MONTAÑO DEL SEGURO: **200'000,000**BENEFICIARIO(S)
SRA. DINORAH TORIO AIZA DE ATZORI (ESPOSA) 100% A FALTA DE ELLA A: ENRIQUE TORIO AIZA (CUÑADO) 100%

SEGUROS MONTERREY, S.A., DENOMINA EN ADELANTE LA COMPANIA ASEGURADORA, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DEL CONTRATO DEL CUAL FORMA PARTE ESTE CERTIFICADO, LOS BENEFICIOS ARRIBA INDICADOS EN CASO DE PERDIDA O MUERTE DE RIVADAS DE LESIONES CORPORALES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CAUSA DE UN ACCIDENTE, TAL COMO SE DEFINE EN EL CONTRATO, OCURRIDO MIENTRAS ESTE CERTIFICADO Y EL CONTRATO MENCIONADO SE ENCUENTREN EN VIGOR.

FECHA: **15 DE ENERO DE 1991**

FUNCIONARIO AUTORIZADO



SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES LINEA AZUL 33 NOMBRE DEL ASEGURADO VICTOR MANUEL FERNANDEZ VERA No. DE POLIZA 18677151 9113292A CONTROL DE CONRANZA 18451603	VICTOR MANUEL 18677151 9113292A FERNANDEZ VERA PLAN HOSPITALARIO PREMIER FECHA ORIGINAL N-P *25011993*
NOMBRE, DOMICILIO DEL CONTRATANTE, C.P., TELEFONO Y R.F.D.	
INST. INTERNACIONAL DE FILOSOFIA, A.C. INSURGENTES SUR 4135 TLALPAN MEXICO, D.F. 16000	

VIGENCIA						OFICINA	AGENTE	FECHA DE NACIMIENTO		
DESDE LAS 12:00 HRS.			HASTA LAS 12:00 HRS.					DIA	MESES	AÑO
DIA	MESES	AÑO	DIA	MESES	AÑO	18	4827	12	FEBRERO	1973

	COBERTURA BASICA LINEA AZUL	CLAUSULA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	
PLAN	PREMIER	C.E.E. ZONA C	
SUMA ASEGURADA	150 \$MG1*	EQUIVALENTE EN MN. A	
DEDUCIBLE	1.00 \$MGM*	50,000 U.S. DLS.	
COASEGURO	PLAN HOSP. 10%	EQUIVALENTE EN MN. A	
		50 U.S. DLS.	
		--	
CUARDO Y ALIMENTOS	PRIVADO STANDARD	SEMIPRIVADO	
INTERV QUIRURGICA	DE ACUERDO AL CONVENIO	VIGENTE CON MEDICOS Y	HOSPITALES DEL PLAN
ANESTESISTA	30 % I.Q.	30 % DE I.Q.	

OBSERVACIONES SE CUBRE CLAUSULA DE DEPORTES PELIG. SIN COSTO CON LAS MISMAS CONDICIONES DE LA COBERTURA BASICA DE ACUERDO AL PLAN CONTRATADO.	OTRAS CLAUSULAS
--	-----------------

ENDOSOS ADICIONALES

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL S.A. (denominado en adelante la Compañía) cubre al Asegurado arriba citado y lo protege de acuerdo con las condiciones y endosos de este contrato en caso de accidentes o enfermedades conforme a las coberturas enumeradas y por las sumas aseguradas respectivas, siempre que el accidente o enfermedad se manifieste durante la vigencia de la póliza y no esté excluido conforme a las estipulaciones del contrato.

FALLA DE ORIGEN

Grupo Nacional Provincial S.A.

 DIRECTOR EJECUTIVO

AUT. C.N.S.F. OFICINA MEX. EXP. 722.25.4419 1504.87



MUESTRA SIN VALOR

POLIZA DE SEGURO DE VIDA

CONDICIONES GENERALES

1. CONTRATO

Esta póliza, la(s) propuesta(s) de seguro, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen, constituyen la prueba del contrato de seguro.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza.

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

2. VIGENCIA

Cada cobertura contratada entra en vigor en la Fecha Efectiva consignada en la caratula de esta póliza, y continúa durante el plazo de seguro estipulado.

3. MODIFICACIONES

Las estipulaciones de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo de la Compañía y del Asegurado, que se hará constar por escrito.

En consecuencia ni el agente, ni cualquiera otra persona, tienen facultad alguna para hacer concesiones o modificaciones.

4. CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este contrato no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, salvo lo que se estipule expresamente.

5. INDISPUTABILIDAD

Las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurrido dos años a partir de su Fecha Efectiva o de su última rehabilitación, renunciando la Compañía al derecho que le confiere la Ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Asegurado a formular la propuesta de seguro, la propuesta de rehabilitación o, en su caso, al contestar el examen médico.

6. SUCIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la Fecha Efectiva o de la última rehabilitación de alguna cobertura, la obligación de la Compañía se limitará al pago de la reserva matemática que corresponda a la cobertura en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

7. PRIMAS

El Asegurado pagará anualmente en forma anticipada la prima anual correspondiente a cada cobertura contratada.

El pago de primas se iniciará en la Fecha Efectiva y continuará durante el plazo de pago de primas estipulado o hasta la anualidad en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, si esto sucede antes.

El Asegurado podrá optar por el pago fraccionado de la prima anual, mediante exhibiciones semestrales, trimestrales o mensuales venciendo la prima anual o fracción de ésta al inicio de cada período pactado.

Si el Asegurado optare por el pago fraccionado de la prima, se aplicarán a la misma los recargos autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

11. CAMBIO DE PLAN

El Asegurado podrá cambiar cualquiera de los planes contratados a otro que en la fecha de cambio emita normalmente la Compañía, de acuerdo a los siguientes requisitos:

- El Asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Compañía y encontrarse al corriente en el pago de primas.
- El cambio se efectuará siempre que no se hayan hecho efectivos los beneficios derivados de coberturas de invalidez.
- Si el cambio implica un aumento en el riesgo cubierto por la cobertura original, la Compañía podrá pedir pruebas de asegurabilidad satisfactorias, antes de efectuarlo.

El costo o devolución al Asegurado por concepto del cambio, se determinarán de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Compañía para tal efecto y autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

12. CESION

Los derechos de este contrato sólo podrán cederse a terceras personas mediante declaración suscrita por las partes y notificada a la Compañía.

13. BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario.

El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario y remitiendo la póliza para su anotación.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de beneficiarios que tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía y se haga constar en la presente póliza, como lo previene la Ley.

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno de ellos, la suma asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a los herederos del Asegurado, la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario o los beneficiarios designados mueran antes que el Asegurado.

14. VALORES GARANTIZADOS

Encontrándose la póliza al corriente en el pago de sus primas, el Asegurado podrá hacer uso, en las fechas de aniversario indicadas en la Tabla de Valores Garantizados, de las cantidades estipuladas en la columna Valor en Efectivo.

El Asegurado tendrá derecho a valores en efectivo al completar el pago de la anualidad anterior a la primera fecha de aniversario especificada en dicha tabla.

El Valor en Efectivo en una fecha que no coincida con la del aniversario se determinará bajo el siguiente procedimiento:

- Al completarse el pago de la anualidad el valor en efectivo corresponderá al del siguiente aniversario, descontando el 65% mensual por el tiempo comprendido entre la fecha de cálculo y la fecha de aniversario.

Las cantidades de prima correspondientes a las coberturas contratadas con posterioridad a la Fecha de Emisión de la póliza, se sumarán a las cantidades de prima originalmente pactadas y conformarán una sola prima para los efectos de su pago.

8. PERIODO DE ESPERA

Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo, salvo lo estipulado en la cláusula relativa a Préstamo Automático.

9. EDAD

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha de emisión de esta póliza.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legítimamente ante la Compañía, la cual hará constar dicha comprobación por escrito, y no tendrá derecho a exigir, posteriormente, nuevas pruebas de edad.

Si encontrándose en vida el Asegurado se comprueba que la edad declarada fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía se procederá en la forma siguiente:

- a) Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la suma asegurada se reducirá a la proporción que exista entre la prima pagada y la que corresponda a la edad verdadera.
- b) Si el Asegurado declaró una edad mayor a su edad real, la suma asegurada no se modificará y la Compañía reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que hubiere sido necesaria conforme a la edad verdadera.

Las primas ulteriores corresponderán a la edad real conforme a la tarifa aprobada, en la fecha de celebración del contrato.

Si con posterioridad al fallecimiento se confirma que la edad manifestada en la propuesta de seguro fue incorrecta, pero se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubiere podido comprar de acuerdo con la edad real y con las tarifas vigentes a la fecha de celebración del contrato.

Si a la expedición de esta póliza la edad real del Asegurado se encuentra fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido y la Compañía únicamente pagará el importe de la reserva matemática que hubiera y que corresponda a esta póliza en la fecha de su rescisión.

Los límites de admisión fijados por la Compañía son:

12 años como mínimo y 70 como máximo.

10. REHABILITACION

Cuando los efectos del contrato hubieran cesado por falta de pago de primas, o el mismo se haya convertido a seguro saldado o seguro prorrogado, podrá ser rehabilitado en cualquier época, si el Asegurado lo solicita por escrito y justifica su asegurabilidad mediante nuevas pruebas a satisfacción de la Compañía.

Para efectuar la rehabilitación el asegurado deberá pagar las primas en descubierto y los intereses moratorios correspondientes a la tasa de interés autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como cualquier otro adeudo derivado de este contrato.

11. CAMBIO DE PLAN

El Asegurado podrá cambiar cualquiera de los planes contratados a otro que en la fecha de cambio emita normalmente la Compañía, de acuerdo a los siguientes requisitos:

- a) El Asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Compañía y encontrarse al corriente en el pago de primas.
- b) El cambio se efectuará siempre que no se hayan hecho efectivos los beneficios derivados de coberturas de invalidez.
- c) Si el cambio implica un aumento en el riesgo cubierto por la cobertura original, la Compañía podrá pedir pruebas de asegurabilidad satisfactorias, antes de efectuarlo.

El costo o devolución al Asegurado por concepto del cambio, se determinarán de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Compañía para tal efecto y autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

12. CESION

Los derechos de este contrato sólo podrán cederse a terceras personas mediante declaración suscrita por las partes y notificada a la Compañía.

13. BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario.

El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario y remitiendo la póliza para su anotación.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de beneficiarios que tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía y se haga constar en la presente póliza, como lo previene la Ley.

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno de ellos, la suma asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a los herederos del Asegurado, la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario o los beneficiarios designados mueran antes que el Asegurado.

14. VALORES GARANTIZADOS

Encontrándose la póliza al corriente en el pago de sus primas, el Asegurado podrá hacer uso, en las fechas de aniversario indicadas en la Tabla de Valores Garantizados, de las cantidades estipuladas en la columna Valor en Efectivo.

El Asegurado tendrá derecho a valores en efectivo al completar el pago de la anualidad anterior a la primera fecha de aniversario especificada en dicha tabla.

El Valor en Efectivo en una fecha que no coincida con la del aniversario se determinará bajo el siguiente procedimiento:

- a) Al completarse el pago de la anualidad el valor en efectivo corresponderá al del siguiente aniversario, descontando el 65% mensual por el tiempo comprendido entre la fecha de cálculo y la fecha de aniversario.

¡NUESTRA SIN VALOR

POLIZA DE SEGURO DE VIDA

- b) En caso de no estar cubierta la totalidad del valor en efectivo se calculará considerando las primas pagadas y el período comprendido entre la fecha de cálculo y la fecha del siguiente aniversario.

Mediante solicitud escrita y remitiendo la póliza para su cancelación o anotación correspondiente, el Asegurado podrá:

- i) Rescatar la póliza por su valor en efectivo deduciéndose cualquier adeudo derivado del presente contrato.
- ii) Aplicar el valor en efectivo a la conversión de su seguro, sin requerirse más pago de primas, de acuerdo a las siguientes opciones:

a) **SEGURO SALDADO**

Continuar asegurado durante el plazo y por la suma asegurada especificados en la Tabla de Valores Garantizados, además de recibir un efectivo, si lo hubiere, en la fecha que se establece en la tabla referida. Si al efectuarse la conversión a Seguro Saldado la póliza estuviera gravada con préstamo, podrá conservarse el adeudo siempre que no exceda a la reserva matemática que corresponda al Seguro Saldado.

b) **SEGURO PRORROGADO**

Continuar asegurado durante el plazo y por la suma asegurada especificados en la Tabla de Valores Garantizados. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo de seguro, se pagará el efectivo, si lo hubiere, indicado en la tabla referida.

Al efectuarse la conversión a Seguro Prorrogado, el Asegurado deberá pagar todo adeudo contraído en virtud de este contrato.

El Valor en Efectivo del Seguro Saldado y Seguro Prorrogado será igual al 95% de la reserva matemática correspondiente.

15. PRESTAMO

El Asegurado podrá obtener de la Compañía préstamos que, en total no excedan al Valor en Efectivo de la póliza en la fecha en que se otorgan. Los préstamos causarán intereses de acuerdo a los procedimientos autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El préstamo podrá ser liquidado por el Asegurado en un sólo pago o en pagos parciales, bonificándosele en su caso los intereses no devengados.

Si, en un momento dado, la suma del préstamo más los intereses igualara o excediera el valor en efectivo, el contrato cesará en sus efectos automáticamente.

Para los efectos de esta cláusula, el valor en efectivo se determinará de acuerdo a los procedimientos descritos en la Cláusula Valores Garantizados.

16. PRESTAMO AUTOMATICO

Teniendo esta póliza derecho a valor en efectivo y si no existiere restricción expresa en contrario, cualquiera prima que venza y no se pague dentro del periodo de espera, será pagada mediante un préstamo automático, a cuyo fin se procederá de acuerdo con lo estipulado en la cláusula Préstamo.

Para los efectos de esta cláusula, el valor en efectivo se determinará de acuerdo a los procedimientos descritos en la Cláusula Valores Garantizados.

MUESTRA SIN VALOR

POLIZA DE SEGURO DE VIDA

Si el valor en efectivo de la póliza en la fecha del vencimiento de la prima no pagada fuere insuficiente para el pago de dicha prima, la cantidad disponible para préstamos se usará para mantener la póliza en vigor por el tiempo que proporcionalmente alcance, transcurrido el cual, el contrato cesará en sus efectos, pero con derecho a ser rehabilitado de acuerdo a lo estipulado en la cláusula Rehabilitación.

17. COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Compañía deberán hacerse por escrito a su domicilio social, indicado en la carátula de la póliza.

Las comunicaciones al Asegurado o a sus causahabientes se dirigirán al último domicilio del cual tenga conocimiento la Compañía.

18. LIQUIDACION

La Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedentes la aplicación de los beneficios derivados de dichas coberturas.

La prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada, así como cualquier otro adeudo derivado de este contrato, serán deducidos de la liquidación correspondiente.

19. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Asegurado o de la Compañía se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

20. INTERES MORATORIO

En caso de que la Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal, quedará convencionalmente obligada a pagar al Asegurado, Beneficiario o Tercero dañado un interés moratorio anual equivalente a la media aritmética de las tasas de rendimiento brutas correspondientes a las series de Certificados de la Tesorería de la Federación (CETES) emitidas durante el lapso de mora.

En defecto de los CETES se aplicará la tasa de rendimiento de los depósitos bancarios de dinero o plazo de noventa días para el cálculo de interés moratorio convencional.

Lo dispuesto en la presente cláusula no es aplicable en los casos a que se refiere el Artículo 135 de la Ley General de Instituciones de Seguros.

21. COMPETENCIA

En caso de controversia el quejoso deberá ocurrir a la Comisión 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 el dicho Organismo no es designado árbitro, podrá ocurrir a los Tribunales competentes del domicilio de la Compañía, a cuya jurisdicción se someten expresamente las partes renunciando a cualquier otra.

22. PRESCRIPCION

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les da origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento señalado por el Artículo 135 de la Ley General de Instituciones de Seguros.

CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA
MUESTRA SIN VALOR

POLIZA DE SEGURO DE VIDA

1. CONTRATO

Esta póliza, la(s) propuesta(s) de seguro, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen, constituyen la prueba del contrato de seguro.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza.

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

2. VIGENCIA

Cada cobertura contratada entra en vigor en la Fecha Efectiva consignada en la carátula de esta póliza, y continúa durante el plazo de seguro estipulado.

3. MODIFICACIONES

Las estipulaciones de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo de la Compañía y del Asegurado, que se hará constar por escrito.

En consecuencia ni el agente, ni cualquiera otra persona, tienen facultad alguna para hacer concesiones o modificaciones.

4. CARENIA DE RESTRICCIONES

Este contrato no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado, salvo lo que se estipule expresamente.

5. INDISPUTABILIDAD

Las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurrido dos años a partir de su Fecha Efectiva o de su última rehabilitación, renunciando la Compañía al derecho que le confiere la ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Asegurado al formular la propuesta de seguro, la propuesta de rehabilitación o, en su caso, al contestar el examen médico.

6. SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la Fecha Efectiva o de la última rehabilitación de alguna cobertura, la obligación de la Compañía se limitará al pago de la reserva matemática que corresponda a la cobertura en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

7. PRIMAS

El Asegurado pagará anualmente en forma anticipada la prima anual correspondiente a cada cobertura contratada.

El pago de primas se iniciará en la Fecha Efectiva y continuará durante el plazo de pago de primas estipulado o hasta la anualidad en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, si esto sucede antes.

El Asegurado podrá optar por el pago fraccionado de la prima anual, mediante exhibiciones semestrales o trimestrales, venciendo la prima anual o fracción de ésta al inicio de cada período pactado.

VALOR
SE
VALOR

**CONDICIONES GENERALES
PLANEACION PATRIMONIAL**

POLIZA DE SEGURO DE VIDA

Si el Asegurado optare por el pago fraccionado de la prima, se aplicarán a la misma los recargos autorizados por la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.

Las cantidades de prima correspondientes a las coberturas contratadas con posterioridad a la Fecha de Emisión de la póliza, se sumarán a las cantidades de prima originalmente pactadas y conformarán una sola prima para los efectos de su pago.

B. PARTICIPACION DE UTILIDADES

El Asegurado participará de las utilidades que obtenga la Compañía en la operación de la cartera a la que pertenece esta póliza, mediante el pago del dividendo que le corresponda en cada aniversario de este contrato de seguro.

Los dividendos se calcularán de acuerdo a los procedimientos autorizados por la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.

FONDO EN ADMINISTRACION

Los dividendos decretados y las dotaciones a que tenga derecho el Asegurado serán destinados a la cuenta de fondos en administración para su inversión y reinversión.

La inversión, reinversión y administración del fondo se realizará de acuerdo con los procedimientos aprobados por la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.

RETIROS DEL FONDO EN ADMINISTRACION

El Asegurado podrá efectuar hasta dos retiros de su fondo durante cada año póliza, para lo cual deberá solicitarlo por escrito a la Compañía.

La Compañía efectuará el pago dentro de los 5 días siguientes a la fecha en que reciba la solicitud de retiro.

A la liquidación que corresponda se aplicará un cargo equivalente a un día de salario mínimo vigente para el Distrito Federal por concepto del retiro efectuado.

LIQUIDACION DEL FONDO

El fondo en administración del Asegurado formará parte integrante de la liquidación que haga la Compañía al Asegurado en caso de cancelarse la póliza o de la liquidación que haga a los beneficiarios designados si ocurre el fallecimiento del asegurado.

ESTADO DE CUENTA

En cada aniversario de la póliza, la Compañía proporcionará al Asegurado un estado de cuenta de su fondo en administración. El Estado de Cuenta contendrá la siguiente información:

- a) Saldo al aniversario inmediato anterior.
- b) Dividendos y Dotaciones acreditados.
- c) Cargos al fondo para pago de primas.
- d) Retiros efectuados por el Asegurado.
- e) Intereses acreditados por la inversión del fondo.
- f) Cargo por administración del fondo.

Por concepto de gastos de administración la Compañía cobrará el 4% de los intereses que se obtengan por la inversión del fondo.

9. PERIODO DE ESPERA

A partir de la fecha de vencimiento de cada prima anual o fracción pactada de la misma, el Asegurado tiene derecho a un periodo de espera de treinta días para efectuar el pago correspondiente.

Cualquier prima no cubierta en el periodo de espera será pagada con cargo al fondo en administración del Asegurado con objeto de mantener la póliza en vigor.

Si el fondo fuere insuficiente la Compañía procederá a:

- a) Cancelar la póliza cuando el Asegurado no tenga derecho al Valor en Efectivo descrito en la Cláusula Valores Garantizados.
- b) Convertir el seguro a un seguro prorrogado, si el Asegurado tiene derecho a Valor en Efectivo.

En este caso la suma asegurada por fallecimiento corresponderá a la que se encuentre en vigor al momento de la conversión y el plazo de seguro al que pueda pagarse con el Valor en Efectivo correspondiente.

10. EDAD

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de emisión de esta póliza.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente ante la Compañía, la cual hará constar dicha comprobación por escrito, y no tendrá derecho a exigir, posteriormente, nuevas pruebas de edad.

Si encontrándose en vida el Asegurado se comprueba que la edad declarada fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía se procederá en la forma siguiente:

- a) Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la suma asegurada se reducirá a la proporción que exista entre la prima pagada y la que corresponda a la edad verdadera.
- b) Si el Asegurado declaró una edad mayor a su edad real, la suma asegurada o se modificará y la Compañía reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que hubiera sido necesaria conforme a la edad verdadera.

Las primas ulteriores corresponderán a la edad real conforme a la tarifa aprobada, en la fecha de celebración del contrato.

Si con posterioridad al fallecimiento se confirma que la edad manifestada en la propuesta de seguro fue incorrecta, pero se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieran podido comprar de acuerdo con la edad real y con las tarifas vigentes a la fecha de celebración del contrato:

Si a la expedición de esta póliza la edad real del Asegurado se encuentra fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido y la Compañía únicamente pagará el importe de la reserva matemática que hubiera y que corresponda a esta póliza en la fecha de su rescisión.

Los límites de admisión fijados por la Compañía son:

12 años como mínimo y 70 como máximo.

11. REHABILITACION

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago de primas, o el mismo se haya convertido a seguro saldado o seguro prorrogado, podrá ser rehabilitado en cualquier época, si el Asegurado lo solicita por escrito y justifica su asegurabilidad mediante nuevas pruebas a satisfacción de la Compañía.

Para efectuarse la rehabilitación el asegurado deberá pagar las primas en descubierto y los intereses moratorios correspondientes a la tasa de interés autorizada por la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, así como cualquier otro adeudo derivado de este contrato.

12. CAMBIO DE PLAN

El Asegurado podrá cambiar cualquiera de los planes contratados a otro que en la fecha de cambio emita normalmente la Compañía, de acuerdo a los siguientes requisitos:

- a) El Asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Compañía y encontrarse al corriente en el pago de primas.
- b) El cambio se efectuará siempre que no se hayan hecho efectivos los beneficios derivados de coberturas de invalidez.
- c) Si el cambio implica un aumento en el riesgo cubierto por la cobertura original, la Compañía podrá pedir pruebas de asegurabilidad satisfactorias, antes de efectuarlo.

El costo o devolución al Asegurado por concepto del cambio, se determinarán de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Compañía para tal efecto y autorizados por la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.

13. CESION

Los derechos de este contrato sólo podrán cederse a terceras personas mediante declaración suscrita por las partes y notificada a la Compañía.

14. BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario.

El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario y remitiendo la póliza para su anotación.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de beneficiarios que tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de beneficiarios, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario irrevocable designado, así como a la Compañía y se haga constar en la presente póliza, como lo previene la Ley.

Si habiendo varios beneficiarios faltare alguno de ellos, la suma asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a los herederos del Asegurado; la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario o los beneficiarios designados mueran antes que el Asegurado.

15. VALORES GARANTIZADOS

Encontrándose la póliza al corriente en el pago de sus primas, el Asegurado podrá hacer uso, en las fechas de aniversario indicadas en la Tabla de Valores Garantizados, de las cantidades estipuladas en la columna Valor en Efectivo.

El Asegurado tendrá derecho a valores en efectivo al completar el pago de la anualidad anterior a la primera fecha de aniversario especificada en dicha tabla.

El Valor en Efectivo en una fecha que no coincida con la de aniversario se determinará bajo el siguiente procedimiento:

- a) Al completarse al pago de la anualidad el valor en efectivo corresponderá al del siguiente aniversario, descontando el 65% mensual por el tiempo comprendido entre la fecha de cálculo y la fecha de aniversario.
- b) En caso de no estar cubierta la anualidad el valor en efectivo se calculará considerando las primas pagadas y el período comprendido entre la fecha de cálculo y la fecha del siguiente aniversario.

Mediante solicitud escrita y remitiendo la póliza para su cancelación o anotación correspondiente, el Asegurado podrá:

- i) Rescatar la póliza por su valor en efectivo deduciéndose cualquier adeudo derivado del presente contrato.
- ii) Aplicar el valor en efectivo a la conversión de su seguro, sin requerirse más pago de primas, de acuerdo a las siguientes opciones:

a) SEGURO SALDADO

Continuar asegurado durante el plazo y por la suma asegurada especificados en la Tabla de Valores Garantizados, además de recibir un efectivo, si lo hubiere, en la fecha que se establece en la tabla referida. Si al efectuarse la conversión a Seguro Saldado la póliza estuviera gravada con préstamo, podrá conservarse el adeudo siempre que no exceda a la reserva matemática que corresponde al Seguro Saldado.

b) SEGURO PRORROGADO

Continuar asegurado durante el plazo y por la suma asegurada especificados en la Tabla de Valores Garantizados. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo de seguro, se pagará el efectivo, si lo hubiere, indicado en la tabla referida. Al efectuarse la conversión a Seguro Prorrogado, el Asegurado deberá pagar todo adeudo contraído en virtud de este contrato.

El Valor en Efectivo del Seguro Saldado y Seguro Prorrogado será igual al 95% de la reserva matemática correspondiente.

CONDICIONES GENERALES
PLANEACION PATRIMONIAL

POLIZA DE SEGURO DE VIDA

16. COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Compañía deberán hacerse por escrito a su domicilio social, indicado en la carátula de la póliza.

Las comunicaciones al Asegurado o a sus causehábientes se dirigirán al último domicilio del cual tenga conocimiento la Compañía.

17. LIQUIDACION

La Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedentes la aplicación de los beneficios derivados de dichas coberturas.

La prima anual vencida o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada, así como cualquier otro adeudo derivado de este contrato, serán deducidos de la liquidación correspondiente.

18. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Asegurado o de la Compañía se verificarán en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

19. INTERES MORATORIO

En caso de que la Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal, quedará convencionalmente obligada a pagar al Asegurado, Beneficiario o Tercero dañado un interés moratorio anual equivalente a la media aritmética de las tasas de rendimiento brutas correspondientes a las series de Certificados de la Tesorería de la Federación (CETES) emitidas durante el lapso de mora.

En defecto de los CETES se aplicará la tasa de rendimiento de los depósitos bancarios de dinero a plazo de noventa días para el cálculo de interés moratorio convencional.

Lo dispuesto en la presente cláusula no es aplicable en los casos a que se refiere el Artículo 135 de la Ley General de Instituciones de Seguros.

20. COMPETENCIA

En caso de controversia el quejoso deberá ocurrir a la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, 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 si dicho Organismo no es designado árbitro, podrá ocurrir a los tribunales competentes del domicilio de la Compañía, a cuya jurisdicción se someten expresamente las partes renunciando a cualquier otra.

21. PRESCRIPCION

Toda las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento señalado por el Artículo 135 de la Ley General de Instituciones de Seguros.



SEGUROS
MONTERREY

1972

GASTOS MEDICOS TOTALES

CONDICIONES GENERALES

De acuerdo con la solicitud respectiva, y con base en los datos e informes en ella proporcionados a la "Institución", el presente contrato se sujeta a las siguientes

CLAUSULAS:

DEFINICIONES:

Para la debida interpretación de esta póliza, las partes convienen en definir como a continuación se expresa, los siguientes términos:

FAMILIA DEL ASEGURADO:

En caso de que en esta póliza se ampare el beneficio de reembolso de gastos médicos ocasionados al "Asegurado", por accidentes o enfermedades de los miembros de su familia, se entenderá como tal la constituida por el propio "Asegurado" su cónyuge, si éste es menor de 65 años a la fecha de su inclusión en esta póliza y todos sus hijos solteros, mientras dependan económicamente de él, desde su nacimiento hasta la edad de 25 años.

DEPENDIENTES:

En caso de que la "Institución" los acepte, el cónyuge y los hijos del "Asegurado" a que se refiere la definición anterior, se denominarán "Dependientes", y se incluirán con dicha calidad en esta póliza como miembros de la "Familia del Asegurado".

Cuando en esta póliza no se cubra el beneficio de reembolso de Gastos Médicos para los miembros de la familia asegurada, los términos "Familia del Asegurado" y "Dependientes" se tendrán por no puestos.

ACCIDENTE AMPARADO:

Es todo suceso imprevisto y eventual, provocado directamente por una o varias causas intencionales, externas y violentas, y del que resulten una o más lesiones corporales al "Asegurado" o sus "Dependientes", siempre que al ocurrir dicho suceso y al efectuarse el primer gasto médico para el tratamiento respectivo, se encuentre vigente la cobertura de esta póliza, respecto al afectado.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente, se considerarán como provenientes de un solo "Accidente Amparado".

No se considerarán como "Accidentes Amparados" y por lo tanto no se reembolsarán los gastos médicos que origine el tratamiento de las lesiones resultantes, los hechos que provoquen intencionalmente al "Asegurado

o sus "Dependientes", o se produzcan con el consentimiento o la participación de cualquiera de ellos.

Tampoco se considerarán como "Accidentes Amparados" los actos dolictuosos que se indican en la cláusula de "Exclusiones y Limitaciones" de esta póliza.

ENFERMEDAD AMPARADA:

Es toda alteración en la salud que sufra el "Asegurado" o, en su caso, cualquiera de sus "Dependientes", que no provengan de un "Accidente Amparado" ni de causa expresamente excluida en esta póliza, siempre que tanto su inicio como el primer gasto médico que se efectúe para su diagnóstico o tratamiento, ocurra durante la vigencia de la cobertura respectiva.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma "Enfermedad Amparada" que les dio origen.

Se tendrán como "Enfermedades Amparadas" los embarazos extrauterinos, los estados de fiebre puerperal, eclampsia y toxemia gravídica de un "Asegurado" casado del sexo femenino, o de la esposa de un "Asegurado" que sea considerada como "Dependiente", siempre que el embarazo se inicie y termine mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza en su favor.

Respecto de los gastos por los conceptos anotados en el párrafo anterior, la cantidad reembolsable no excederá del porcentaje del "Beneficio Máximo Asegurado" que para este efecto se indica en la tabla de "Honorarios Médicos o Quirúrgicos".

CONDICIONES PRE-EXISTENTES

Una vez transcurridos tres años de vigencia ininterrumpida de la cobertura otorgada a un miembro de la Familia Asegurada, la "Institución" no podrá rechazar el pago de la indemnización correspondiente a los gastos efectuados a partir del vencimiento de dicho plazo, por causa de enfermedades o accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de dicho miembro en el seguro y siempre que tales gastos no se encuentren específicamente excluidos conforme a esta póliza.

FECHA EN QUE SE EFECTUAN LOS GASTOS:

Se considerará que los gastos médicos se efectúan en la fecha en que se recibía el servicio médico correspondiente, o en la fecha que se compran los



Seguros Tepeyac S.A.

CANCELADO

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

CONDICIONES GENERALES

FALLA DE ORIGEN

CANCELADO

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

CONDICIONES GENERALES

CONTRATO

Esta póliza, la solicitud de seguro y los endosos que en su caso se adjugasen a la póliza, constituyen el testamento completo del Contrato de seguro entre la Compañía y el Asegurado.

En cumplimiento a lo dispuesto por el Art. 26 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se transcribe textualmente el Art. 25 del propio ordenamiento que dice:

"Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones".

VIGENCIA DEL CONTRATO

El Contrato de seguro se perfecciona desde el momento en que el proponente tuvo conocimiento de la aceptación de la oferta. Para fines de prueba, el contrato de seguro así como sus adicionales y reformas, se hará constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho u/o conocimiento de la aceptación de la oferta.

INDISPUTABILIDAD

Esta póliza no será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la expedición de la póliza, para su rehabilitación, para otorgar un incremento adicional en la suma asegurada no estipulado en el contrato original o para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional después de dos años de su inicio de vigencia, de su última rehabilitación, del otorgamiento del incremento en suma asegurada o de la inclusión del beneficio o cláusula adicional.

SUCIDIO

En caso de suicidio del asegurado, dentro de los dos primeros años de vigencia del contrato o de la última rehabilitación, e independientemente de la causa o estado mental o físico del asegurado, cesará la obligación de la Compañía por el pago de la suma asegurada, limitándose su obligación al pago del valor en efectivo disponible en la fecha del fallecimiento.

Cualquier incremento adicional en la suma asegurada será nulo en caso de suicidio del asegurado antes de cumplirse dos años de la fecha en que fue aceptado el incremento por la Compañía, limitándose en este caso su obligación al pago del valor en efectivo correspondiente a dicho incremento.

CARENCIA DE RESTRICCIONES

El presente contrato no estará sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, ocupación del Asegurado o por los viajes que éste haga solo que sus actividades estén sancionadas por las Leyes Penales.

MODIFICACIONES

Las Condiciones Generales de la póliza solo podrán modificarse previa autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Las demás acuerdos entre el Contratante y la Compañía, podrán modificarse previo consentimiento de los mismos, el cual deberá constar por escrito, o en su caso, en endosos aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el Art. 19 de la Ley Sobre Contrato de Seguro; en consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

MONEDA

Se conviene que todos los pagos que el Asegurado deba hacer a la Compañía o los que ésta tenga que hacer por cualquier concepto, con motivo de este Contrato deberán efectuarse en Moneda Nacional, conforme lo dispone la Ley Monetaria vigente.

PAGO DE PRIMAS

El pago de primas debe hacerse por anualidades adelantadas, pero la Compañía acepta que el Asegurado las pague en forma semestral, trimestral o mensual. Si el Asegurado opta por el pago fraccionado de la prima, la aplicación de la misma los recargos autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mismos que se darán a conocer por escrito al Asegurado.

Los pagos de primas deberán ser hechos en las oficinas de la Compañía y referenciados por la persona que reciba las primas. En consecuencia, la Compañía no está obligada a cobrar las primas ni a dar aviso de su vencimiento, en caso de que así lo haga en el domicilio del Asegurado o en algún otro lugar indicado por éste, ello no implica que la Compañía contraiga esta obligación para el futuro y por lo tanto, que se modifique el Contrato en este sentido. Si el Asegurado no pagare a su vencimiento o dentro de los treinta días de espera la correspondiente prima y no opere la cláusula de "Préstamo Automático para el Pago de Primas", los efectos del Contrato cesarán automáticamente sin necesidad de declaración especial ni de resolución judicial, no teniendo el Asegurado derecho a exigir devolución alguna.

ESPERA PARA EL PAGO DE PRIMAS

Las primas se entenderán vencidas al comienzo y no al final de cada período.

Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción de ella en los casos de pago en parcelaciones, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de este Contrato cesarán automáticamente a los doce horas del último día de este plazo. Durante dicho período el Contrato continuará en pleno vigor. Si durante el mismo plazo ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará el importe del seguro convenido en esta póliza, una vez que ésta haya recibido pruebas fehacientes del deceso, descontando el importe de la prima no pagada o la parte de la prima del año en curso hasta completar la cantidad íntegra que estuviere en descubierto, asimismo cualquier otro adeudo derivado de esta póliza que el Asegurado tuviere con la Compañía.

REHABILITACION

En caso de que este Contrato hubiera caducado por falta de pago de las primas o bien que el mismo hubiese sido convertido a Seguro Prorrogado o a Seguro Saludado, el Asegurado tendrá derecho a renunciarlo en cualquier época, mediante las siguientes condiciones:

1. Que el Asegurado lo solicite por escrito a la Compañía.
2. Que el Asegurado compruebe a satisfacción de la propia Compañía que reúne las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad en general en la fecha de su solicitud.
3. Pagar el importe de las primas insolutas así como cualquier otra deuda derivada de esta póliza con un recargo calculado a la tasa de interés autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
4. Los requisitos de esta cláusula serán aplicables en el caso de que la póliza hubiese pasado a gozar de los beneficios del Seguro Saludado o Prorrogado y el Asegurado deseara convertir el contrato a sus condiciones originales.

CAMBIO DE PLAN

A solicitud del Asegurado, el plan de esta póliza podrá ser cambiado en cualquier época, a otra de las que la Compañía estuviese emitiendo en la fecha de expedición de la misma y que en el momento del cambio siguiera emitiéndose, con excepción de planes de Seguro Temporal, término que la prima y la reserva para el nuevo plan, en la fecha del cambio, sean mayores que las de esta póliza y que no esté haciendo uso de los beneficios que otorga el Cláusula de Incapacidad Total y Permanente; también será necesario que el Contrato se encuentre al corriente en el pago de primas.

Al celebrarse este cambio, el Asegurado deberá pagar a la Compañía la diferencia de las primas entre una y otra plan, más intereses de acuerdo a la tasa anual autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, capitalizables en cada vencimiento de primas, desde la fecha de vencimiento de cada una de ellas hasta la del cambio y aplicándose para el cómputo, las tarifas en vigor al expedirse esta póliza.

La obligación que tenga que satisfacer el Asegurado por la conversión, no será inferior a la diferencia entre la reserva matemática existente y la que deba constituirse para el nuevo plan al realizarse el cambio.

La fecha de emisión, la edad y la suma Asegurada pagadera en caso de fallecimiento por la nueva póliza, deberán ser las mismas que aparecen consignadas en el presente Contrato.

BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene el derecho de designar y cambiar libremente los beneficiarios, siempre que este Contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto deberá hacer una notificación escrita y dirigida a la Compañía expresando con claridad el nombre del o los nuevos beneficiarios, para su anotación en el Contrato. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene en que la Compañía pague el importe del seguro al último beneficiario del que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar al beneficiario de la presente póliza. Para que esta renuncia produzca sus efectos, se deberá hacer constar en este mismo Contrato y comunicárselo así al Beneficiario de acuerdo con la ordenada por el Art. 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro forma parte del haber hereditario del Asegurado y por lo tanto se pagará a quienes fueren declarados sus herederos en el juicio sucesorio correspondiente.

La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y Asegurado mueran simultáneamente, o bien, cuando el primero muera antes que el segundo y éste no hubiere hecho nueva designación.

Cuando hayan varios beneficiarios, la parte del que muera antes que el Asegurado se distribuirá proporcionalmente entre los supervivientes siempre que no hubiera estipulado otra cosa.

Se advierte que:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cubra la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, aboacados, representantes de herederos u otros cargos similares y no considerar al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de estos,

legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso, tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios, en un contrato de seguro lo concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

EDAD

Los límites de admisión fijados por la Compañía para este Contrato son: 12 años de edad como mínimo y 70 como máximo. En los planes cuyo vencimiento sea a la edad alcanzada por el Asegurado de 55, 60 y 65 años, el límite máximo de admisión será de 45, 50 y 55 respectivamente.

La edad declarada por el Asegurado en la presente póliza se deberá comprobar legalmente cuando así lo juzgue necesario la Compañía.

Una vez que el Asegurado haya hecho dicha comprobación a satisfacción de la Compañía, ésta hará la anotación correspondiente en la póliza y no podrá exigir nuevos papeles sobre la edad para pagar el seguro.

Cuando se compruebe que hubo exactitud en la declaración de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagó una prima menor de la que correspondiera por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que existe entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- Si la Compañía hubiera satisfecho el importe del Seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a recibir lo que hubiera pagado de más y uniforme al cálculo de la fracción unitaria, incluyendo los intereses respectivos.
- Si a consecuencia de la inexactitud de la edad, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Los primos ulteriores deberán rescirse de acuerdo con esta edad.
- Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue inexacta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente Cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

DEUDAS

Los cantidades que se adeuden a la Compañía a cuenta de esta póliza, serán deducidas en cualquier liquidación que se haga de la misma. En caso de fallecimiento, los saldos pendientes de la prima por el año corriente de la póliza, también serán deducidos.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso deberá acudir a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en sus oficinas centrales o los de sus delegaciones en los términos del Art. 135 de la Ley General de Instituciones de Seguros y Fianzas o organismo no es designado árbitro, previa declaración expresa del mismo, el quejoso podrá acudir a los tribunales competentes del domicilio de la Compañía.

COMUNICACIONES

Las comunicaciones que el Asegurado deba hacer a la Compañía deberán dirigirse directamente a las oficinas de ésta en la ciudad de México, D. F., ubicadas en la calle de Humboldt No. 56, C. P. 06040, o Sucursales.

Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Asegurado las dirigirá al domicilio especificado en la presente póliza o al último de que haya tenido conocimiento en caso de algún cambio notificado por escrito, por el propio asegurado.

PRESTAMO

Con garantía de la reserva de esta póliza, el Asegurado podrá obtener préstamos en cantidades que no excedan a las que se especifican en la Tabla de Valores Garantizados, en línea correspondiente al número de primas anuales pagadas, devengando intereses a la tasa autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, debiendo cubirse por adelantado al obtener el préstamo, los intereses de este hasta la fecha de aniversario siguiente de la póliza. Si los intereses no son pagados a su vencimiento se sumarán a la deuda existente y devengarán a su vez intereses a la misma tasa que el préstamo.

La falta de pago de los intereses no hará caducar la póliza mientras el adeudo total sea inferior al importe del valor del Préstamo, o a la tercera parte de la Compañía, de acuerdo al número de primas pagadas. Si el adeudo llegara a ser mayor al valor del préstamo, la póliza caducará y no tendrá ningún valor, no requiriéndose declaración por parte de la Compañía.

SEGURO SALDADO

Si no más pagos de primas, el Seguro Saldado mantiene este Contrato en vigor por la suma que se especifica en la Tabla de Valores Garantizados en la línea correspondiente al número de primas anuales pagadas. Para hacer uso de este derecho, el Asegurado deberá solicitarlo por escrito a más tardar dentro del Plazo de Espera para el pago de Primas y remitir la póliza para su anotación.

El importe del Seguro Saldado será pagado por la Compañía en las mismas condiciones que lo sería la suma originalmente asegurada.

Si al efectuarse la conversión a Seguro Saldado, el Contrato estuviera gravado con préstamo, podrá convertirse este adeudo si no excede al 85% de la reserva que corresponda al Seguro Saldado.

El Asegurado podrá obtener como rescate del Seguro Saldado, el 85% de la reserva que corresponda al Contrato, mediante la devolución de la póliza para ser cancelada.

SEGURO PRORROGADO

Si no más pago de primas, el Seguro Prorrogado mantiene este Contrato en vigor por su valor nominal durante el tiempo que indica la Tabla de Valores Garantizados en la línea correspondiente al número de primas anuales pagadas.

Para hacer uso de este derecho, el Asegurado deberá pagar previamente toda deuda con la Compañía en virtud de este Contrato, solicitarlo por escrito dentro del período de Espera para el Pago de Primas y remitir la póliza para su anotación.

Si a muerte del Asegurado ocurre durante el plazo del Seguro Prorrogado, la Compañía pagará la Suma Asegurada sin deducción alguna por concepto de primas y si al terminar el plazo del Seguro Prorrogado, el Asegurado no hubiere fallecido, cederán automáticamente los efectos de este Contrato quedando sin valor alguno, salvo que la Tabla de Valores Garantizados indique alguna cantidad en efectivo para ser pagada por la Compañía al finalizar dicho período.

El Asegurado podrá obtener como rescate del Seguro Prorrogado, el 85% de la reserva que corresponda al Contrato, mediante la devolución de la póliza para ser cancelada.

VALOR EN EFECTIVO

El Asegurado podrá obtener como Valor en Efectivo, estando el contrato en el pago de primas, el 75% del Importe del Préstamo que se indica en la Tabla de Valores Garantizados, en la línea correspondiente al número de primas anuales pagadas.

En el caso de que se solicite el Valor en Efectivo antes de terminar cada año de vigencia, de dicho valor se deducirán intereses a razón del porcentaje anual aprobado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas por el tiempo que falte hasta el próximo aniversario del seguro.

Para obtener este Beneficio, el Asegurado deberá remitir a la Compañía la presente póliza para su cancelación.

PRESTAMO AUTOMATICO PARA EL PAGO DE PRIMAS

Si el Asegurado dejare de pagar alguna prima, el Contrato no caducará después de transcurrido el período de Espera para el pago de Primas, siempre que el valor del Préstamo al final del período que cubre la prima vencida, según lo especifica la Tabla de Valores Garantizados, sea igual o mayor a los préstamos ya existentes que la póliza, más la prima vencida y los intereses del total hasta el final de período que cubre dicha prima.

En este caso y sin necesidad de previa solicitud del Asegurado, la Compañía le prestará para el pago de la prima, el importe de la misma con la sola garantía de la reserva matemática de la póliza, a la tasa de interés autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cupulizable en los aniversarios de la póliza.

Cuando el valor del préstamo sea menor al total de los préstamos, prima e intereses, la póliza seguirá en vigor por tantos días cuantos resulten multiplicando las dos del período que cubre dicha prima (30, 60, 90, 180, 360) por el resultado de deducir el valor del préstamo, las deudas que gravan la póliza y dividiendo el producto entre la prima correspondiente.

Si transcurrido el período a que se refiere el párrafo anterior, que nunca será menor de 30 días en virtud del período de Espera para el Pago de Primas, si el Asegurado no paga la prima, la presente póliza caducará inmediatamente y cesarán los efectos de este Contrato, así como las obligaciones que la Compañía haya contraído en el mismo, sin necesidad de que la Compañía haga declaración ni notificación alguna.

Las deudas contraídas en virtud del Préstamo Automático para el pago de primas, podrán ser cubiertas por el Asegurado de una sola vez o en pagos parciales, sin necesidad de que se presenten nuevas pruebas de asegurabilidad, si la póliza se encuentra en vigor.

Para la aplicación de esta Cláusula, se sumarán al valor del Préstamo que aparece en la Tabla de Valores Garantizados, los correspondientes a las deudas saldaadas y toda cantidad que por dividendos o por otras causas o conceptos que con motivo de esta póliza, adeude la Compañía al Asegurado.

Todas las cantidades que en virtud de esta Cláusula o de la Cláusula de Préstamo gravan a la póliza, se deducirán en el momento de la liquidación de la misma.

Para la aplicación de esta Cláusula se entiende por prima, la prima total de la póliza incluyendo las primas de Endosos y Beneficios Adicionales.

PARTICIPACION EN LAS UTILIDADES

El Asegurado participará, a partir del segundo año de vigencia del Contrato, en las utilidades obtenidas por la Compañía en la cartera de Seguro individual con participación en las utilidades, de acuerdo con los procedimientos aprobados al efecto por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Al suscribir la solicitud el Asegurado deberá elegir cualquiera de las siguientes opciones:

- A) Cobertura en efectivo.
- B) Aplicarla al pago de primas.
- C) Dejarla en depósito con participación en la Compañía con un interés autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, capitalizable anualmente.
- D) Aplicarla a la compra de un seguro adicional saldado cuyos características serán las mismas que las del plan de la presente póliza.
- E) Aplicarla a la compra de un seguro temporal por un año.

La participación está condicionada al pago de la prima vencida en la misma fecha.

Si el pago de la prima es Semestral, Trimestral o Mensual el derecho a la participación en las opciones A, B o C, se adquiere al completar la anualidad correspondiente.

En caso de que sostenidamente a la emisión de la póliza, deseara cambiar de Opción para acogerse a otra que le otorgue una mayor protección, deberá presentar pruebas de otorgabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía. Si el Asegurado al suscribir la solicitud no indica la Opción que desea, automáticamente sus participaciones se aplicarán a la compra de un seguro temporal por un año.

Si el Asegurado dejare de pagar primas, automáticamente se suspenderá el pago de participaciones, excepto en el caso de que el Contrato continúe en vigor, por una suma asegurada igual o superior a la originalmente contratada.

PAGO DE DIVIDENDOS

La Compañía pagará la Suma Asegurada al recibir los siguientes documentos:

Pruebas satisfactorias del cumplimiento del Asegurado. Declaraciones 1, 2, 3. (Preparacionadas por Seguros Tepeyac S. A.)

Acta Certificada de Nacimiento del Asegurado o cualquier otro documento que haga fe de la Edad del Asegurado siempre y cuando no hubiere dado Pruebas de Edad anteriormente.

- Acta Certificada de Matrimonio del Asegurado.
- Acta Certificada de Defunción del Asegurado.

- Acta Certificada de Nacimiento del o los Beneficiarios.

- Acta Certificada de Defunción del o los Beneficiarios designados en la Póliza que hayan fallecido.

- Si el fallecimiento fue causado por Accidente presentar la Copia Certificada del Ministerio Público de la Autoridad Competente que da fe de los Hechos.

- Presentar identificación del Asegurado con Fotografía y Firma de Validez Oficial.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se derivan de este Contrato de seguro, prescriben en dos años, contados desde la fecha que les dio origen tal como lo previene el Art. 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Art. 82 de la misma Ley.

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 Art. 135 de la Ley General de Instituciones de Seguros.

INTERES MORATORIO

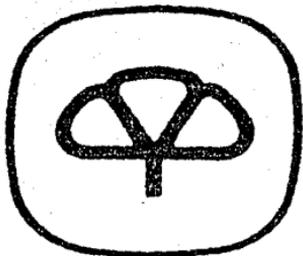
En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Art. 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal, quedará convencionalmente obligada a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio anual equivalente a la media aritmética de las tasas de rendimiento brutas, correspondientes a la serie de Certificados de la Tesorería de la Federación (CEFE) emitidos durante el lapso de mora.

En defecto de los CEFEs, se aplicará la tasa de rendimiento de los depósitos bancarios a plazo de noventa días para el cálculo del interés moratorio convencional.

Lo dispuesto en la presente cláusula no es aplicable en los casos a que se refiere el Art. 135 de la Ley General de Instituciones de Seguros.

* SEGURO DE MUJER *

Mediante este endoso que forma parte de la póliza a que se adiciona, se hace constar que la Tarifa de Seguro de Vida aplica a las personas del sexo femenino equivale a la del sexo masculino, descontándose tres años de la edad de la asegurada para efectos de la determinación de la prima y valores garantizados, así como para la participación de dividendos.



MEDIO DE ALIAS



Seguros Tepeyac S.A.

POLIZA DE SEGURO DE HOSPITALIZACION FAMILIAR

CONDICIONES GENERALES

GRUPO BND ASEGURADORES
2224800 OTERO SANDOVAL
AGENTE DE SEGUROS
ZUCARELI No. 42 1er. PISO
COL. CENTRO C.P. 06040 MEX. D.F.
TEL. 512-1567 FAX 512-8233

FALLA DE ORIGEN

POLIZA DE SEGURO DE HOSPITALIZACION FAMILIAR

Este seguro cubre a las personas mencionadas en la relación anexa a la cartilla de la póliza los gastos hospitalarios y honorarios médicos erogados a consecuencia de atención médica por accidente o enfermedad que ocurran o se inicien durante la vigencia de esta póliza, de acuerdo a sus condiciones, hasta la suma asegurada contratada y sujeta al deducible y porcentaje de coseguro que se indican en la misma.

Esta póliza solo es efectiva cuando se requiere de atención médica

dentro de los hospitales sede indicados en la guía para los Seguros de Hospitalización Familiar y Gastos Médicos Mayores Grupo, y en caso de accidente o enfermedad médica que ponga en peligro la vida del asegurado por la atención médica de su salud, mientras se encuentre viajando fuera de su lugar de residencia y que por la naturaleza de la misma no le sea posible acudir a Hospitales Sede operado como reembolso, descontando el deducible señalado y coseguro del 20% en territorio nacional y 40% en el extranjero.

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA 1a. DEFINICIONES

- ACCIDENTE.** Es toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el asegurado por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.
- ENFERMEDAD.** Es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes distintos de origen físico o químico que amerite tratamiento médico o quirúrgico.
- DEPENDIENTES ECONOMICOS.** Se entiende al cónyuge del hogar y los hijos desde el primer día de nacidos y hasta los 19 años de edad que sean solteros y no tengan remuneración por trabajo personal.
- HOSPITAL.** Institución de salud privada legítimamente autorizada para la atención médica hospitalaria.
- HOSPITALES SEDE.** Son los indicados en la guía para Seguros de Hospitalización Familiar y Gastos Médicos Mayores Grupo.
- DEDUCIBLE.** Es la primera cantidad que queda a cargo del asegurado en cada enfermedad.
- COSEGURO.** De los gastos cubiertos, es el porcentaje con el que participa el asegurado en toda indemnización por enfermedad después de descontado el deducible.

CLAUSULA 2a. GASTOS CUBIERTOS.

Si durante la vigencia de esta póliza y como consecuencia directa de accidente o enfermedad en su caso, los asegurados se vieran precisados a someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud, la compañía se hará responsable de los gastos erogados dentro del Hospital Sede por los siguientes conceptos hasta la suma asegurada contratada, ajustándola previamente al deducible, coseguro y limitaciones consignadas en esta póliza.

- Cuanto privado estándar y alimentos para el paciente.
- Carra está para un acompañante.
- Gastos misceláneos como son: medicamentos de acuerdo al diagnóstico, derecho de sala de operaciones, curaciones y recuperación, análisis de laboratorio, cirugía de ojos e, hipótesis radioactivas, electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otras indispensables para el diagnóstico o tratamiento de accidente o enfermedad, gastos por transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros, hemodilisis y otras sustancias semejantes, gastos originados por consumo de oxígeno, tratamiento con terapia radioactiva y fisioterapia.
- Gastos de ambulancia terrestre dentro de los límites territoriales de la República Mexicana o en el Extranjero cuando el asegurado se vea imposibilitado para trasladarse a un lugar donde se le pueda proporcionar atención médica.
- Honorarios médicos por una sola consulta del médico tratante previa al ingreso al hospital y las post-hospitalarias relacionadas

con el padecimiento, motivo de la hospitalización.

- El pago de honorarios médicos será de acuerdo al costo promedio usual y razonable del tipo de tratamiento médico quirúrgico efectuado en el hospital sede elegida por plaza donde ocurrió el evento, tomada como base el tabulador hospitalario.
- En caso de no figurar el tratamiento quirúrgico en el tabulador hospitalario, se ajustará por similitud a las correspondientes en mismo.
- Los honorarios de diagnóstico, primer exámen y segundo exámen (si fuera necesario), se ajustan hasta por el 30%, 20% y 10% de los honorarios del categoría respectivamente.
- Cuando ocurran dos cirugías en el mismo tiempo quirúrgico y diferente área anatómica, la segunda se pagará al 30% de su costo habitual.
- Honorarios de enfermería especial dentro del hospital, si el médico tratante lo determina que es indispensable, hasta un máximo de 30 días.
- Honorarios por segunda opinión médica cuando el médico tratante recomende tratamiento quirúrgico.

CLAUSULA 3a. FUNCIONAMIENTO DE COBERTURA.

El asegurado al recibir atención médica hospitalaria por enfermedad, pagará al Hospital Sede en primer término el deducible contratado, así como del remanente el porcentaje de coseguro que resulte a su cargo.

Esta cobertura terminará automáticamente respecto a cada uno de los asegurados con el agotamiento de la suma asegurada contratada, previo ajuste de la misma considerando el deducible y coseguro, por aplicación de dicho cantidad o uno o más accidentes o enfermedades sucesivos o padecidos durante la vigencia de la póliza.

La protección de esta cobertura es efectiva para gastos erogados a consecuencia de accidente o enfermedad en su caso, por lo que al ser dado de alta médica deja de tener efecto.

CLAUSULA 4a. EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre gastos por concepto de:

- Padecimientos o malformaciones congénitas a excepción de las de los hijos de asegurados nacidos

durante la vigencia del seguro y que requieran tratamiento médico o quirúrgico dentro de los dos primeros años de vida.

b) Padecimientos preexistentes, entendiéndose como tales aquellos que en fecha anterior a la iniciación de la cobertura para cada asegurado:

- 1.- Fueron diagnosticados por un médico, o
- 2.- Fueron aparentes a la vista, o
- 3.- Fueron de los que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos.

c) Cualquier tipo de tratamiento psíquico o psiquiátrico por trastornos por enajenación mental, estados de depresión psíquica, nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta o aprendizaje, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

d) Tratamiento médico o quirúrgico de accidentes o enfermedades que resulten como consecuencia directa de los efectos del alcohol, drogas, narcóticos o alucinógenos.

e) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, sean médicos o quirúrgicos cualesquiera que sea su naturaleza u origen así como sus complicaciones, excepto cuando

se requieran como consecuencia directa de un accidente sufrido dentro de la vigencia de la póliza para cada asegurado.

f) Tratamiento médico o quirúrgico de carácter estético o plástico, excepto los reconstructivos que resulten indispensables a consecuencia de accidente o enfermedad no excluido en esta póliza y que haya ocurrido dentro de la vigencia de la misma para cada asegurado.

g) Tratamiento de calvicie, obesidad, acné o nevus.

h) Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad.

i) Circuncisión, cualquiera que sea su causa.

j) Hallux valgus.

k) Tratamiento médico o quirúrgico de astigmatismo, miopía, estrabismo, cataratas, anteojos, lentes de contacto, intraoculares, queratotomía, aparatos auditivos, con excepción de los gastos que resulten de aparatos de prótesis que serán cubiertos por la compañía hasta un límite del 10% de la suma asegurada, siempre y cuando dichos aparatos no existan a la contratación del seguro.

l) Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas, adenoides o hemorroides cuyas primeras manifestaciones se presenten antes o durante los dos primeros años de vigencia para cada asegurado.

m) Tratamiento médico o quirúrgico de padecimientos ginecológicos, hernias de cualquier tipo, insuficiencias del piso perineal, diabetes, hipertensión arterial, próstáticos, artritis reumatoide, vesícula, vías biliares, litiasis del sistema urinario y varices que se presenten antes o durante el primer año de vigencia de la póliza para cada asegurado.

n) Los gastos relativos a cirugía nasal solo serán cubiertos previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por la compañía aseguradora y dentro de las instalaciones de la misma, para lo cual deberá presentar fotografías y estudios radiográficos previos al evento quirúrgico.

ñ) Tratamientos con fines profilácticos y preventivos, curas de reposo o exámenes médicos para comprobación de estado de salud, conocidos con el nombre de Check-up.

o) Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por médicos quiroprácticos, acupunturistas,

homeópatas y naturistas.

p) Tratamiento médico o quirúrgico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todas sus complicaciones o consecuencias.

q) Afecciones propias del embarazo, abortos cesáreas, partos prematuros, normales o anormales, legrados y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio cualesquiera que sea su causa.

r) Gastos de recién nacido sano.

s) Cualquier complicación derivada durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.

t) Gastos de ambulancia aérea.

u) Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la internación de este en el Hospital, a excepción de la cama extra.

v) Gastos misceláneos no relacionados con el tratamiento.

w) Suicidio o conato de él, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean sus causas o circunstancias que lo provoquen, mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajena-

ción mental e inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.

x) Por lesiones producidas en riñas provocadas por el asegurado, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval o en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones, excepto las producidas por asalto.

y) Actos delictuosos cometidos por el asegurado.

z) Exclusiones que figuran en los endosos anexos a esta póliza.

aa) Para efectos del presente contrato y en caso de que el siniestro esté cubierto conforme a las estipulaciones de éste se considerarán enfermedad:

- 1.- Envenenamiento de cualquier naturaleza.
- 2.- Inhalación de gas de cualquier clase.
- 3.- Hernias y eventraciones.
- 4.- Lesiones accidentales cubiertas por la póliza que no hayan requerido atención médica dentro de los primeros 30 días de ocurrido.

CLÁUSULA 5a. RIESGOS NO AMPARADOS POR EL CONTRATO, PERO QUE PUEDEN QUEDAR CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO.

Siwa convenio por escrito, esta póliza no ampara las lesiones que sufren los asegurados:

- a) En los actos o en operaciones que no pertenecen a una línea

comercial legítimamente establecida y autorizada por Aeronáutica Civil, para el servicio de transporte regular de pasajeros.

- b) Como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
- c) Como ocupante de cualquier vehículo de carreras, pruebas o contenidos de seguridad.
- d) En actividades profesionales, amateur u ocasionales de paracaidismo, buceo, alpinismo, esquí, malacostismo, lancha, esquí acuático, equitación, artes marciales o cualquier tipo de deporte aéreo.

CLÁUSULA 6a. CONTRATO.

La presente póliza, la suscribió que el asegurado o firmada y endosada a la compañía y los endosos adicionales o endosos adheridos a la póliza, constituyen la prueba del contrato de seguro.

Las condiciones generales de la póliza, solo podrán modificarse previa autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada de la compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concuerdan con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que siguen al día en que recibió la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

CLÁUSULA 7a. LIMITE DE EDAD.

La compañía no aceptará el ingreso a esta póliza de ninguna persona mayor de 65 años, aunque esta edad se ampliará en los casos de renovaciones, hasta los 69 años de edad.

Por lo que respecta a los hijos, éstos se aceptarán desde el primer día de nacidos y hasta los 19 años de edad.

Si a consecuencia de la inexacta declaración, la edad real de los asegurados, al tiempo de la celebración, o en su caso la renovación del contrato de seguro hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza, quedarán nulos y sin ningún valor para los asegurados y la compañía reembolsará el 70% de la parte de prima correspondiente, que hubiere pagado el último año de vigencia de la póliza.

La compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento, la retrocesión de la prima de nacimiento de los asegurados.

Los hijos de la familia matrimonial asegurada, nacidos durante la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos automáticamente desde el primer día de nacidos, mediante el pago de la prima correspondiente.

El plazo máximo con que cuenta el asegurado para dar aviso por escrito a la compañía de dicho evento es de 30 días contados a partir de la fecha del nacimiento, y a esta fecha la compañía no ha recibido ninguna comunicación. La protección del nuevo asegurado quedará sin efecto, quedando sujeto su ingreso en la póliza a la presentación de pruebas satisfactorias de asegurabilidad.

Esta protección se limitará exclusivamente a gastos por prescripción médica.

CLÁUSULA 8a. PERIODO DEL SEGURO.

Las partes convienen expresamente en que el periodo del seguro contratado inicialmente o por renovación, concluirá siempre con el plazo que cubra la prima respectiva y que se indica en la custodia de la póliza.

FALLA DE ORIGEN

CLÁUSULA 9. RENOVACIONES.

El asegurado o beneficiario, en caso de petición del asegurado y con el pago de la prima correspondiente por período de un año.

El pago de la prima incrementado mediante recibo extendido en los límites anuales de la compañía, se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

No quedarán cubiertos o parte de cualquier renovación los seguros cuya edad a la fecha de la misma, este fuera de los límites establecidos en esta póliza.

No obstante lo que se indica en la póliza, los siniestros ocurridos durante la vigencia de la vigencia cubierta, para la totalidad de las pólizas emitidas en esta póliza, hasta el cumplimiento de la prima o reembolso o depósitos de 30 días corridos a partir de fecha de terminación de vigencia.

CLÁUSULA 10a. PRIMAS.

La prima del primer año de esta póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los asegurados de acuerdo a su edad y vence en el momento de la iniciación de vigencia del contrato. Salvo pacto en contrario se entenderá que el período del seguro es de un año.

En cada renovación o inclusión de asegurados la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha.

Si el asegurado opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones semestrales pagadas, vencerán al inicio de cada semestre en que, para efecto del pago de la prima, se hubiera vencido el período del seguro.

Los asegurados gozarán de un período de espera de 30 días naturales desde el total de la prima o cada una de las fracciones pagada a fin del contrato.

A los doce horas del último día del período de espera, los efectos del contrato cesarán automáticamente si los asegurados no han cubierto el total de la prima o la fracción pagada.

En caso de siniestro, la compañía podrá deducir de la indemnización debida el total de la prima pendiente de pago, o de la fracción de ésta no liquidada, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

Si los asegurados optan por el pago fraccionado de la prima, se aplicarán a la misma los recargos correspondientes fijados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La contratación no tiene el propósito de cubrir las pólizas ni de dar origen de su renovación. En caso de que una de las pólizas no exhibiera por ende no obligarán alguna para la compañía.

CLÁUSULA 11a. PERIODOS DE ESPERA.

Esta póliza sólo tiene efectos para:

ACCIDENTES Desde el inicio de la vigencia.

ENFERMEDADES Cuyas pólizas no manifiestan o pólizas pagadas desde el pago de póliza o tratamiento se presentaran 30 días después de la fecha de iniciación de vigencia para cada asegurado. Esta limitación no aplica en la renovación de la póliza.

CLÁUSULA 12a. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DE INDEMNIZACIÓN.

De requerir el asegurado atención médica en cualquiera de los hospitales de esta póliza (ver lista para los Seguros de Hospitalización Familiar y Seguro Médico Mayores Grupo) deberá depositar el caso asegurado o beneficiario mediante documento que debe ser elaborado ante el hospital y el médico supervisor. Al ingreso a dichos hospitales deberá solicitarse la presencia del médico supervisor, el cual debe estar en el momento

de acuerdo con las condiciones de esta póliza, se responsabiliza ante el hospital por los gastos que se vayan a incurrir, debiendo el alta hospitalaria incluir el diagnóstico así como el diagnóstico que resulta de su cargo.

El médico supervisor dará su autorización de procedencia de la reclamación conforme a las coberturas contratadas, firmando la carta responsiva de la compañía ante el hospital.

Cuando la compañía lo considere necesario, los asegurados deberán en todo momento someterse a un examen médico que el médico que designe la póliza, ya sea antes o después del tratamiento o intervención quirúrgica. En caso contrario, será causa de exclusión de la reclamación.

La compañía sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeros, tratándose legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos por internación dentro del hospital dentro de la estancia de los médicos y facultados que reúnan los requisitos técnicos en vigor.

No se hará por parte de la compañía ningún pago en establecimientos de consultorio, beneficencia o asistencia social o cualquiera otros semejantes en donde no se eche remuneración.

El asegurado facultado a la compañía para que ésta pague directamente al hospital el importe de los gastos erogados de acuerdo a los límites y condiciones de esta póliza.

La obligación del asegurado dar aviso a la compañía sin pronto como tenga conocimiento del hecho, salvo caso de fuerza mayor. La falta oportuna de avisar sólo podrá dar lugar a que la indemnización sea reducida a la cantidad que originalmente hubiera importado el siniestro, si la compañía hubiere llamado pronto aviso sobre el mismo.

La intervención de la compañía o cualquier ayuda que ésta a sus representantes prestan al asegurado, no implicará aceptación por parte de la misma de responsabilidades alguna respecto del siniestro.

El contratante, o en su caso el asegurado, se obligan solidariamente a restituir a la compañía cualquier indemnización que ésta hubiere cubierto erróneamente por falta, inasistencia o inoportunidad de los avisos, reportes o informes que deban darse conforme a esta póliza y a la ley.

Los asegurados convienen y aceptan que el importe por concepto de los honorarios médico-quirúrgicos serán de acuerdo al costo usual, razonable y sustentado por el tipo de tratamiento efectuado en el hospital sede elegida y/o plaza donde ocurra el evento.

Si la atención es recibida fuera de estos hospitales, los mencionados honorarios se ajustarán al costo que dichas instituciones tendrían en un hospital contratario de igual o similar categoría.

CLÁUSULA 13a. DISMINUCIÓN Y REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA.

En la indemnización que la compañía pague reducirá en igual cantidad la suma asegurada, pudiendo ser restituida a su antigüedad total y a solicitud del asegurado, quien pagará la prima correspondiente.

En ningún caso será efectiva única y exclusivamente para otros accidentes o enfermedades que ocurran o se inicien durante la vigencia de esta póliza.

CLÁUSULA 14a. OTROS SEGUROS.

Si los beneficiarios asegurados en esta póliza, estuvieran asegurados en todo o en parte por otros seguros en esta u otras compañías, que cubran los mismos riesgos, en caso de reclamación, las indemnizaciones pagadas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, los que se liquidarán en proporción a la suma asegurada de cada póliza.

CLAUSULA 15a. PRESCRIPCION.

Todos los derechos que se originen de este Contrato prescribirán en dos años, contados desde la fecha del siniestro, siempre que los originen.

CLAUSULA 16a. OMISSIONES O INEXACTAS DE CLARIFICACIONES.

El contratante está obligado a declarar por escrito a la compañía de acuerdo con el cuestionario relativo, todas las hechos y particularidades que la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas. Esto como las conociera o debiera conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos al contratante a su propia reflejo el párrafo anterior facultará a la compañía para considerar rescindida de pleno derecho el contrato, aunque no haya intervenido en la resolución del siniestro. (Artículos 6, 6 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

CLAUSULA 17a. INTERES MORATORIO.

En caso de que la aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitiera conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, sin otro motivo legal, quedará convencionalmente obligada a pagar al asegurado, beneficiario o fidei-comisario un interés moratorio anual equivalente a la media aritmética de los tasas de rendimiento brutas correspondientes a las series Cerrificadas de la Reserva de la Federación (CERES) analizadas durante el lapso de mora.

En defecto de los CERES se aplicará la tasa de rendimiento de los depósitos bancarios de plazo de noventa días para el cálculo del interés moratorio convencional.

Lo dispuesto en el presente artículo no es aplicable en los casos a que se refiere el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

CLAUSULA 18a. MONEDA.

Todos los gastos relativos a este contrato, ya sea por parte del asegurado o de la compañía, serán en moneda nacional, conforme al artículo 8a. de la Ley Monetaria en vigor.

CLAUSULA 19a. NOTIFICACIONES.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro, deberá hacerse a la compañía por escrito personalmente en su domicilio social.

CLAUSULA 20a. PERITAJE.

En caso de desacuerdo entre el asegurado y la compañía acerca del monto de cualquier pérdida o daño, la cuestión será sometida a declarar de un perito nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes, pero si no se pusieran de acuerdo con el nombramiento de un sólo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de un mes a partir de la fecha en que uno de ellos

hubiere sido requerido por la otra por escrito para que lo hiciera. Antes de efectuar sus labores los dos peritos nombrados un tercero para el caso de discrepancia.

Si uno de los peritos se niega a nombrar su perito, o si finalmente no lo hiciera, cuando sea requerido por la otra, o si los peritos no se pusieren de acuerdo con el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del perito, del perito tercero o de ambos si así fuere necesario. Sin embargo, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá nombrar el perito tercero en su caso, si de común acuerdo las partes con la aseguradora. El fallecimiento de uno de los peritos cuando éste personal fuere su designación, si forma una sociedad, ocurrencia de hechos que estén relacionados con el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones del mismo, o de los peritos o del tercero, según el caso, o si alguno de los peritos o los peritos o el tercero falleciere antes del dictamen, será designado otro por quien correspondiera las partes, los peritos o la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para que lo sustituya.

Los gastos y costas que se originen con motivo del peritaje, serán a cargo de la compañía y del asegurado por partes iguales, pero cada parte cubrirá los honorarios de su propio perito.

Esperando que el dictamen a que se refiere, no significa aceptación de la reclamación por parte de la compañía, simplemente determinará el monto de la pérdida a que eventualmente estuviera obligada la compañía a pagar, si que dentro de los plazos y en el momento de ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes.

CLAUSULA 21a. SUBROGACION DE DERECHOS.

La compañía se subroga hasta por la cantidad pagada en los defectos de forma y sujeción en los correspondientes acciones contra los terceros responsables del siniestro. Si la compañía lo solicita, el asegurado deberá constatar la subrogación en escritura pública.

Si por hechos y acciones del asegurado se impide la subrogación la compañía quedará liberada de sus obligaciones.

CLAUSULA 22a. COMPETENCIA.

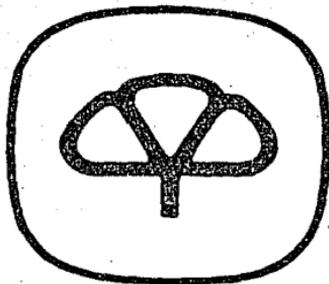
En caso de controversias, el quejoso deberá acudir a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos del Artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

CLAUSULA 23a. TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO.

Las partes conservan expresamente en que este contrato podrá darse por terminado anticipadamente. Cuando el asegurado lo dé por terminado, la compañía tendrá el derecho a la prima que correspondiere de acuerdo con las tablas para seguros a corto plazo aplicadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cuando la compañía lo dé por terminado, la hará mediante notificación fehaciente al asegurado, sufriendo afecto la terminación del seguro después de 15 días de practicada la notificación respectiva. La compañía deberá devolver la totalidad de la prima no devengada o no tardar en hacer dicha notificación, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha.

FALLA DE ORIGEN



GRUPO UNO ASEGURADORES

EDUARDO UTEG SANDOVAL
AGENTE DE SEGUROS

BUCARELI No. 42 1er. PISO
COL. CENTRO C.P. 06040 MEX. D.F.
TEL. 512-1367 FAX 512-8233