

448
Ley

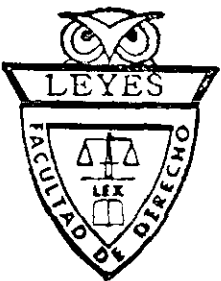


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE DERECHO MERCANTIL

"LA EJECUCION DE LAS SENTENCIAS Y LAUDOS EN MATERIA DE SEGUROS"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :
HERIKA IVONNE RIVERA GUTIERREZ



CIUDAD UNIVERSITARIA.

1999

TESIS CON
SELLA DE ORIGEN

0270561



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 esta 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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE DERECHO MERCANTIL

DR. ALBERTO FABIAN MONDRAGON PEDRERO.
DIRECTOR DEL SEMINARIO DE DERECHO MERCANTIL.
P R E S E N T E

Muy distinguido señor Director:

Con toda atención me permito informar que he dirigido y revisado completa y satisfactoriamente la Tesis Profesional intitulada **"LA EJECUCION DE LAS SENTENCIAS Y LAUDOS EN MATERIA DE SEGUROS"**, elaborada por la alumna **HERIKA IVONNE RIVERA GUTIERREZ.**

La tesis de referencia denota en mi opinión una investigación exhaustiva y, en consecuencia, el trabajo profesional de referencia reúne los requisitos que establecen los artículos 18, 19, 20, 26 y 28 del vigente Reglamento de Exámenes de nuestra Universidad.

Aprovecho la oportunidad para reiterar a usted las seguridades de mi consideración más distinguida.

A T E N T A M E N T E .

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"

Cd. Universitaria, D.F., Octubre, 23 de 1998.

LIC. OCTAVIO GUILLERMO DE J. SANCHEZ FLORES.



AL DADOR DE VIDA.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO,
MI ALMA MATER POR EXCELENCIA.

A MI QUERIDA FACULTAD DE DERECHO
CAUDAL DE CIENCIA Y LUZ QUE NUTRIO MI PENSAMIENTO.

A MI ESPOSO LIC. OCTAVIO G. J. SANCHEZ FLORES,
CON AMOR Y AGRADECIMIENTO POR EL APOYO
ILIMITADO QUE DE TÍ HE RECIBIDO PARA LOGRAR
UNA DE LAS METAS DE MI VIDA,
QUE HOY VEO CORONADA A TU LADO.

A MIS PADRES :
ING. MANUEL RIVERA ZUÑIGA,
POR SU RECIEDUMBRE
INTEGRIDAD Y FUERZA MORAL,
PRINCIPIOS QUE ME GUIAN.
SRA. GRACIELA GUTIERREZ DIAZ,
EJEMPLO DE VIRTUD Y VOLUNTAD FÉRREA
QUE SIEMPRE LLEVARÉ EN MI CORAZÓN.

A MIS HERMANOS :
EMMANUEL,
OSCAR PAUL,
TANNYA VERONA,
PAOLA BERENICE,
CON QUIENES HE COMPARTIDO MUCHOS
DE LOS MEJORES DIAS DE MI VIDA.

AL LIC. MARCOS EMILIO QUIROS DE LA TORRE,
PROMINENTE ABOGADO, MI RECONOCIMIENTO POR SUS
DIRECTRICES EN LA DINAMICA DEL DERECHO
Y SU APOYO INCONDICIONAL.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS, CON QUIENES SE PUEDE CONTAR
EN MOMENTOS DE LA VIDA TAN IMPORTANTES COMO ESTE.

INDICE

PAG.

INTRODUCCION.....	I
-------------------	---

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA EN MEXICO, SU REGULACION Y DESARROLLO.

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA EN MÉXICO.....	1
1.1.1. PERÍODO DE 1821 A 1891.....	2
1.1.2. PERÍODO DE 1892 A 1909.....	4
1.1.3. PERÍODO DE 1910 A 1925.....	5
1.1.4. PERÍODO DE 1926 A 1934.....	6
1.1.5. PERÍODO DE 1935 A 1980.....	8
1.1.6. PERÍODO DE 1981 A 1989.....	13
1.1.7. PERÍODO DE 1990 A 1997.....	16
1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONTROL ESTATAL EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA EN MÉXICO.....	19
1.2.1. PERÍODO DE 1854 A 1909.....	21
1.2.2. PERÍODO DE 1910 A 1946.....	22
1.2.3. PERÍODO DE 1947 EN ADELANTE.....	23
1.3. FACULTADES Y COMPETENCIAS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y VALORES.....	27
1.4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS.....	32
1.4.1. PERIODO DE 1956 A 1988.....	33
1.4.2. PERIODO DE 1989 A 1997.....	35
1.4.3. LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS Y SUS FACULTADES.....	36

CAPITULO II

EL CONTRATO DE SEGURO

2.1. CONCEPTO DE CONTRATO DE SEGURO.....	42
2.2. CLASIFICACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.....	44
2.3. MODOS DE CONTRATAR.....	46
2.4. LA OFERTA.....	48
2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO O LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA.....	49
2.6. LA PÓLIZA.....	52
2.7. FORMAS DE LA PÓLIZA.....	55
2.8. NATURALEZA JURÍDICA.....	58
2.9. OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO.....	59
2.10. COMIENZO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.....	61
2.11. FIN DEL CONTRATO DE SEGURO.....	61
2.12. PARTES INTEGRANTES DE LA PÓLIZA DE SEGURO.....	62
2.12.1. LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.....	62
2.12.2. CONDICIONES GENERALES.....	62
2.12.3. CONDICIONES ESPECIALES O PARTICULARES.....	62
2.12.4. ENDOSOS.....	62
2.12.5. NOTAS DE COBERTURA.....	62
2.13. CLASES DE PÓLIZA.....	63
2.13.1. POR LA AMPLITUD DE LOS RIESGOS CUBIERTOS.....	63
2.13.2. POR EL NÚMERO DE ASEGURADOS QUE GARANTICE.....	63
2.13.3. POR LA MANERA DE ESTAR DESIGNADO EL TITULAR DE LA PÓLIZA.....	63
2.14. EMISIÓN DE PÓLIZAS DE SEGUROS.....	64
2.15. ELEMENTOS ESENCIALES.....	64
2.15.1. LA EMPRESA ASEGURADORA.....	64
2.15.1.1. PROHIBICIONES CORRESPONDIENTES A LAS ASEGURADORAS.....	65
2.15.1.2. ALGUNAS REGLAS QUE DEBEN TENER PRESENTES LAS ASEGURADORAS.....	67
2.15.1.3. DE LA INSPECCIÓN Y VIGILANCIA.....	69
2.15.1.4. DECLARACIÓN DEL ESTADO DE DISOLUCIÓN DE LAS INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.....	71
2.15.1.5. DE LA INTERVENCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS.....	71

2.15.1.6. FORMAS SOCIALES QUE PUEDEN PRACTICAR EL SEGURO EN MÉXICO.....	75
2.15.1.7. DERECHOS DEL ASEGURADOR.....	75
2.15.1.8. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR.....	76
2.15.2. EL RIESGO.....	81
2.15.2.1. CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO.....	85
2.15.2.1.1. COBERTURA.....	85
2.15.2.1.2. VALORACIÓN DEL RIESGO.....	85
2.15.2.1.3. ALTERACIÓN DEL RIESGO.....	85
2.15.2.1.4. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.....	85
2.15.2.1.5. DISMINUCIÓN DEL RIESGO.....	87
2.15.2.1.6. EXCLUSIÓN DEL RIESGO.....	88
2.15.2.1.7. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO.....	90
2.15.2.1.8. LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.....	90
2.15.2.1.9. LA LEY DE LOS GRANDES NÚMEROS.....	91
2.15.2.1.10. CÁLCULO DE PROBABILIDADES.....	91
2.15.3. LA PRIMA.....	92
2.15.3.1. CLASES DE PRIMA.....	99
2.15.3.2. LA EXTRAPRIMA.....	105
2.16. ELEMENTOS PERSONALES.....	105
2.16.1. EL ASEGURADO.....	105
2.16.1.1. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.....	106
2.16.2. EL BENEFICIARIO.....	111
2.16.3. EL TERCERO DAÑADO.....	115
2.17. ELEMENTOS MATERIALES.....	116
2.17.1. EL INTERÉS ASEGURABLE.....	116
2.17.1.1. REGLAS DE OPERACIÓN DEL INTERÉS ASEGURABLE.....	119
2.17.2. LA SUMA ASEGURADA.....	121
2.17.3. EL SINIESTRO.....	123
2.17.4. SU VALORIZACIÓN.....	125
2.17.5. LA INDEMNIZACIÓN.....	127
2.17.5.1. LÍMITES DE LA INDEMNIZACIÓN.....	130
2.17.5.2. FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.....	132
2.18. LA RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.....	133
2.19. LA PRESCRIPCIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO.....	138
2.20. CESACIÓN Y LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.....	140
2.21. REHABILITACIÓN.....	141
2.22. LA RENOVACIÓN.....	142
2.23. EL COASEGURO.....	143

2.24. EL REASEGURO.....	143
2.25. EL CONTRASEGURO.....	149

CAPITULO III

LAS SENTENCIAS Y LOS LAUDOS. SU EJECUCION

3.1. EL PROCESO JURISDICCIONAL Y EL ARBITRAJE.....	150
3.2. LA SENTENCIA.....	151
3.3. CLASIFICACIÓN.....	152
3.4. REQUISITOS.....	156
3.5. NATURALEZA JURISDICCIONAL DE LA EJECUCIÓN DE SENTENCIAS.....	156
3.6. JUEZ COMPETENTE PARA LA EJECUCIÓN DE SENTENCIAS.....	158
3.7. EXCEPCIONES PROCEDENTES CONTRA LA EJECUCION DE SENTENCIA.....	159
3.8. PLAZO Y VIGENCIA PARA LA EJECUCIÓN DE SENTENCIAS.....	159
3.9. VÍA DE APREMIO Y JUICIO EJECUTIVO.....	160
3.10. EMBARGO.....	162
3.11. OPOSICIÓN DE TERCEROS A LA EJECUCIÓN. TERCERÍAS EXCLUYENTES.....	164
3.12. EL LAUDO ARBITRAL.....	166
3.13. EJECUCIÓN DE LOS LAUDOS ARBITRALES.....	167

CAPITULO IV

LA EJECUCION DE SENTENCIAS Y LAUDOS EN MATERIA DE SEGUROS

4.1. EL PROCEDIMIENTO JURISDICCIONAL EN MATERIA DE SEGUROS.....	169
4.2. LA EJECUCIÓN DE LA SENTENCIAS EN MATERIA DE SEGUROS.....	171
4.3. EL PROCEDIMIENTO ARBITRAL EN MATERIA DE SEGUROS.....	172
4.4. LA EJECUCIÓN DE LAUDOS EN MATERIA DE SEGUROS.....	197
4.5. PROPUESTA EN MATERIA DE EJECUCIÓN DE SENTENCIAS EN MATERIA DE SEGUROS.....	204
CONCLUSIONES.....	207
BIBLIOGRAFIA.....	213

INTRODUCCION

El presente estudio tiene como objetivo llegar a la tesis planteada utilizando el método inductivo y al continuar con las siguientes etapas de la investigación se conmina con la idea que se plantea.

Esta investigación se divide en cuatro capítulos, los cuales en su contexto nos explican el desarrollo de la actividad aseguradora en los distintos periodos de la actividad aseguradora en México, así como el control que a realizado el Estado respecto de esta actividad, los Organismos facultados para llevar a cabo la regulación, supervisión, inspección y vigilancia de la actividad aseguradora a nivel nacional.

Asimismo, se estudian las especificaciones que todo contrato de seguro debe contener, los derechos y obligaciones que las partes adquieren. También se establecen los elementos esenciales y las características que conforman el contrato de seguro.

De igual manera, se plantean conceptos y requisitos necesarios para la ejecución de las sentencias y los laudos, y la forma en que se lleva a cabo la ejecución de las sentencias y laudos respecto a la materia aseguradora, y la forma en que sus resoluciones son ejecutadas por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Es obvio decir que éste trabajo no pretende agotar el tema de la ejecución de sentencias y laudos en materia de seguros, sin embargo si quiere llamar la atención en el sentido de que es necesario llevar a cabo una reforma a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros para otorgar a la autoridad jurisdiccional facultades de ejecución respecto de las sentencias que dicten los mismos en materia de seguros, sin necesidad de que éstos se vean en la necesidad de ocurrir ante la citada Comisión Nacional de Seguros y

Fianzas, autoridad que hasta la fecha se encuentra facultada para ejecutar, tanto sus resoluciones como las que se dicten en el ámbito jurisdiccional, para el caso de que las instituciones de seguros no efectúen el pago a que fuesen condenadas, por considerarse que se limita la garantía de administración de justicia pronta y expedita consagrada en el párrafo segundo del artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al prever que *“toda persona tiene derecho a que se le administre justicia por los tribunales que estarán expeditos para impartirla en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa e imparcial”*, ya que obliga a los gobernados que poseen una pretensión en contra de una Institución o Sociedad Mutualista de Seguros a agotar un procedimiento de ejecución de Sentencia ante la citada Comisión.

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA EN MEXICO, SU REGULACION Y DESARROLLO.

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA EN MEXICO.

Antigono Donati,¹ y Roberto Mantilla Molina,² señalan que desde la antigüedad ya se conocía el seguro, no en la forma que actualmente lo conocemos, pero si en una forma de protección mutua, es decir, de mutualidad; en el época de imperio existían unas asociaciones llamadas *collegia tenuiorum* que tenían por objeto ayudar a los deudos de los asociados que muriesen entregándoles determinadas cantidades de dinero llamadas "funeraticum" o indemnización, las que eran aportadas por los demás asociados a través de cuotas de iniciación y aportaciones mensuales, los gastos eran cubiertos por la tesorería y esta concedía un período de gracia o espera, antes de que los socios que se atrasaban en el pago de sus cuotas vieran cancelado su derecho a recibir la indemnización correspondiente en caso de muerte.

En la edad media, hubo también asociaciones para ayuda mutua, destacándose entre ellas " las gildas ". En Inglaterra, Dinamarca y especialmente en Alemania, las gildas tenían un carácter gremial e implicaba un compromiso de ayuda mutua en caso de incendio, robo y muerte de ganado.

En España alrededor del siglo cuarto de nuestra era, se expidieron disposiciones que consideraban ya al seguro como de un contrato especializado y el objeto de este era el de garantizar que la comunidad obtuviera mayores beneficios que pudieran derivarse de la practica de tal operación.

¹ DONATI Antigono, Manuale Di Diritto Delle Assicurazioni Privati, Milano, 1956, p. 11

² MANTILLA MOLINA Roberto, Derecho Mercantil, Editorial Porrúa, S.A., 2ª Reimpresión, 1997, p.5

Jorge Barrera Graf establece: "que la expansión del comercio marítimo dio como resultado que se expedirán algunas leyes de naturaleza mercantil, señalando que una de las primeras que se dio en materia de seguros fue la "Lex Rhodia de Jactu, de la Isla de Rodas"³.

Pero prácticamente el seguro se inicia en la segunda mitad del siglo XVII, con el desarrollo del seguro terrestre y la empresa asegurativa.

Es en Londres la ciudad donde se da mayor impulso al seguro, siendo los cafés los lugares donde generalmente se concertaban las operaciones de aseguramiento, relacionadas casi exclusivamente con el comercio y la transportación marítima y con la creación de Lloyd's, constituida por disposición del parlamento, como una compañía de seguros y reconocida hasta 1958, por el gobierno británico. En cuanto al seguro de vida, se desarrollan las teorías de la probabilidad y la tabla de mortalidad, con lo cual se dieron pasos firmes, teniéndose noticias de la expedición de pólizas de seguros de vida en el siglo XVI, principalmente con motivo de prestamos, expidiéndose la primera póliza o contrato de esa clase en el año de 1583 en la oficina de seguros de la Royal Exchange de Londres. El gran incendio de Londres ocurrido el 2 de septiembre de 1666, dio considerable impulso en la práctica del seguro contra el riesgo de incendio.

El desarrollo del seguro en México, para efectos de su estudio lo dividiremos en periodos:

1.1.1. PERIODO DE 1821 A 1891.

Se caracteriza por la ausencia de control gubernamental sobre la actividad de seguros. se ubica en la etapa comprendida entre la consumación de la independencia en 1821 y el año de 1891 en que se expide un tipo de legislación específica en materia de seguros.

³ BARRERA GRAF, Jorge., Tratado de Derecho Mercantil, Volumen I, Editorial Porrúa, S.A. México, D.F., 1957, p.p. 51 y sigs.

En el transcurso de esos 71 años no se ejerció fiscalización o vigilancia del Estado sobre los aseguradores, toda vez que la preocupación del legislador se centraba en el contrato de seguro, sin establecer en forma específica requisito alguno para ejercer dicha actividad, por lo que cualquier persona, ya fuera física o moral podía considerarse, aún ocasionalmente, como asegurador.

Durante este periodo el contrato de seguro estuvo regulado por:

- Las Ordenanzas de Bilbao, publicadas y mandadas a ejecutar por cédula de 2 de diciembre de 1737, en ellas se autorizó y reguló por primera vez el reaseguro.

Por lo que se refiere a los asegurados, se autorizaron los seguros terrestres, tanto por lo que corresponde al transporte de mercancías y demás efectos, como a las cobranzas o pago de cantidades "fiadas", esto es, lo que hoy se comprende en el moderno seguro de crédito. Asimismo, se prohibió el seguro sobre la vida humana, empero, los navegantes y pasajeros podían asegurar su libertad, mediante una cantidad destinada a pagar su rescate en caso de cautiverio.

Durante su vigencia se fundaron las dos primeras empresas aseguradoras en la Nueva España. En 1789, una compañía de seguros marítimos con domicilio en la ciudad de Veracruz y, en 1802 otra denominada seguros marítimos de Nueva España, las cuales tuvieron que liquidarse por las condiciones adversas que se generaron por la guerra entre España e Inglaterra.

- El Código de Comercio Mexicano, expedido por decreto de 16 de marzo de 1854 y conocido como Código de Leres, reglamentó los seguros de compañía, los de conducciones terrestres y los marítimos.

Durante su vigencia aparecieron las empresas aseguradoras denominadas "La Previsora" y "La Bienhechora", como mutualistas de incendio y de vida.

- El Código Civil para el Distrito Federal y Territorios de la de la República de la Baja California, aprobado por el Congreso Federal en el año de 1870, reguló los diversos contratos de seguro, con excepción del marítimo. Es importante destacar que en su

exposición de motivos, por primera ocasión se invocó la técnica aseguradora como base imprescindible de todo contrato de seguro.

- El Código de Comercio de 1884, configuró el contrato de seguro como mercantil y de carácter federal, como consecuencia de una reforma constitucional, con independencia del contrato civil con carácter local, por lo que se refiere al seguro de personas.

- El Código de Comercio de 1889, vigente actualmente estableció el criterio para determinar la mercantilidad del seguro, calificando como actos de comercio los contratos de seguro de toda especie, siempre que fueran celebrados por empresas. contempló específicamente los seguros contra incendio, de transporte terrestre y sobre la vida, dejando abierta la posibilidad de que cualquier otra clase de riesgos provenientes de casos fortuitos o accidentes, fuera objeto de un contrato de seguro mercantil, siempre que lo pactado fuese lícito y apegado a la nueva legislación. Es de mencionar que el seguro marítimo fue objeto de una sección especial.

1.1.2. PERIODO DE 1892 A 1909.

Es hasta 1892, cuando el estado empieza a legislar de una manera integral sobre la actividad aseguradora. Siendo en este periodo Presidente de la República el General Porfirio Díaz, se expide la Ley Sobre Compañías de Seguros, en la que prevalecía el principio de libertad de operación, pero sujeto a ciertas medidas de control, entre las que destacaba la obligación de dichas compañías, de publicar su situación financiera, a fin de permitir a quienes contrataban con ellas, tener garantía sobre los servicios que podían ofrecer.

A pesar de que la citada ley no estableció requisito alguno para desempeñar la actividad aseguradora, exigía a las personas, físicas o morales, dedicadas a ella, acreditar ante la Secretaría de Hacienda haber cumplido los requisitos que el Código de Comercio establecía para los comerciantes, además de los contenidos en la ley especial, así como, tratándose de aseguradoras extranjeras, tener un agente domiciliado en el país con poder suficiente que las representara ante el público asegurado y las autoridades.

Para 1893, el seguro de vida era practicado por dos compañías mexicanas: "La Mexicana" y "La Fraternal", así como por siete agencias de empresas norteamericanas.

Así, en 1897 uno de los primeros agentes de seguros que operaron en México, William B. Woodrow, fundó la primera empresa de seguros instalada en nuestro país, la Compañía General Anglo Mexicana de Seguros, S.A., dedicada al ramo de daños, suscribiendo los riesgos de transporte, incendio y diversos.

Posteriormente, en 1901, L.E. de Neergaard, corresponsal del New York Life Insurance Co., concibió el proyecto de constituir lo que sería la primera sociedad de seguros sobre la vida con sede en el país, La Nacional, Compañía de Seguros Sobre la Vida, S.A.

Al año siguiente, 1902, apareció La Latinoamericana, Seguros de Vida, S.A., y , en 1906, se fundó La Latinoamericana, Mutualista, S.C.

Como resultado del desarrollo que habían adquirido las compañías de seguros, en 1904 se creó el Departamento de Inspección General de Instituciones de Crédito y Compañías de Seguros, dependiente de la Secretaria de Hacienda.

Para 1908 se funda "La Veracruzana" para practicar seguros de incendio y transportes.

1.1.3. PERIODO DE 1910 A 1925.

El día 25 de mayo de 1910, se promulgó la 1° ley que en forma moderna, para aquella época, reglamentaba las operaciones de seguros sobre la vida en México, denominada Ley de Compañías de Seguros Sobre La Vida. Los aspectos más importantes de la misma eran:

1) Que el seguro sólo podría se practicado por empresas constituidas como sociedades anónimas o por mutualistas;

2) Que no podrían operar sino mediante autorización previa de la Secretaría de Hacienda;

3) Se hacía obligatoria la constitución e inversión de reservas técnicas y de previsión;

4) Se estableció la inspección oficial de acuerdo con el reglamento respectivo;

5) Las tarifas de primas y los documentos de contratación de los seguros deberían ser previamente aprobados por la Secretaría de Hacienda;

6) Se exigía a las empresas la publicación periódica de sus estados financieros;

7) Se estableció la organización de las compañías de seguros sobre la vida y su reglamento. Esta ley además de reconocer al seguro de vida como una de las inversiones más interesantes del ahorro nacional, contenía innovaciones substanciales, aunque sólo por lo que respecta a las compañías que operaban en este ramo;

A partir de 1917, las visitas periódicas de funcionarios de la sección del seguro del Departamento de Comercio de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, la misma se encargó de la vigilancia de las compañías de seguros sobre la vida.

En 1923, entró en vigor un nuevo reglamento de la Ley de Compañías de Seguros sobre la vida, el cual dispuso que las empresas extranjeras que se dedicaba a ese ramo, además de satisfacer los requisitos exigidos a las nacionales, debían acreditar ante nuestro gobierno, que tenían autorización de su país para dedicarse a esta actividad, así como tener un representante general en la República.

1.1.4. PERIODO DE 1926 A 1934.

Fue hasta el año de 1926 cuando se determinó precisar y reglamentar el control que debía ejercerse sobre las operaciones de las instituciones aseguradoras toda vez que la inversión de las reservas determinadas por la ley y correspondientes a los riesgos asumidos

en México derivados de primas cobradas en este país, se hacía casi totalmente en beneficio de las economías de los países donde tales empresas tenían su domicilio, sin ofrecer ninguna garantía mas que puramente teórica a los intereses de los asegurados.

Durante el Gobierno del Presidente de la República Plutarco Elías Calles, se expidió un decreto por el que se reglamentó el procedimiento de liquidación de las compañías de seguros sobre la vida.

El 25 de mayo de 1927, se promulgó la Ley General de Sociedades de Seguros, la cual constituyó el primer ordenamiento que reguló toda clase de empresas aseguradoras. Esta ley exigió una mayor precisión técnica en los informes y las inspecciones; disminuyó el monto de capital inicial y del depósito, estableciendo que éste último debería de efectuarse en el recientemente fundado Banco de México.

Quedaron sujetas a la citada ley, tanto las sociedades nacionales como las extranjeras, debiendo constituirse las primeras como sociedades anónimas o cooperativas, reforzando el nacionalismo en esta materia, mientras que las segundas también previeron la existencia de sociedades mutualistas que entre sus requisitos se dispuso que la compañías extranjeras estarían sujetas a las leyes mexicanas exclusivamente y a la jurisdicción de los tribunales de la República.

Asimismo, dicho ordenamiento, estableció el seguro saldado después de tres años, e indicó que las pólizas debían contener cuadros de valores garantizados y el préstamo automático para el pago de primas en seguros de vida, asimismo reguló un procedimiento conciliatorio ante el Departamento de Seguro, previendo la intervención de la junta arbitral, al no ser posible la conciliación.

En 1930 el gobierno federal fundó Seguros de México, S.A., a efecto de que absorbiera la cartera de la empresa The Sun Life Assurance Company of Canadá, a la que se le revocó el permiso de operar en nuestro país, por no estar dispuesta a sujetarse a las nuevas disposiciones.

En virtud del gran volumen de utilidades que obtenían las compañías aseguradoras extranjeras que salían del país, por decreto de 19 de noviembre de 1931, se modificó

substancialmente la Ley de 1926, estableciéndose que esas empresas debían organizarse conforme a las leyes mexicanas, ser administradas por una mayoría de mexicanos y que el 55% de su capital también fuera nacional, con lo cual se logró la nacionalización de las empresas de seguros.

La necesidad de perfeccionar a corto plazo el funcionamiento del seguro, llevó al congreso de la unión a conceder al nuevo Presidente, General Lázaro Cárdenas, facultades extraordinarias para legislar en materia de seguros.

Con la facultad conferida, el Presidente expidió diversos decretos en los que principalmente se legisla sobre el cálculo de las primas y de las reservas, las cuales deberían ser crecientes en relación con el tiempo, para garantizar plenamente el monto de las obligaciones de las aseguradoras y estableció el derecho del estado para modificar las tarifas de primas cuando éstas tuvieran como base estadísticas extranjeras; señalaba además la necesidad de crear nuevos tipos de seguros adecuados a las exigencias del desarrollo económico del país, entre otros puntos.

1.1.5. PERIODO DE 1935 A 1980.

A mediados del año de 1935 el seguro era practicado en México, en cuanto a organizaciones mexicanas, en el ramo de vida, por las dos sociedades anónimas mexicanas establecidas en 1901 y 1906, (New York Life Insurance Co. Y La Latinoamericana, Mutualista S.C.); por dos sociedades mutualistas, y en los ramos de seguros contra daños a la propiedad, por las dos sociedades mexicanas establecidas en 1897 y en 1908 (La Compañía General Anglo Mexicana de Seguros, S.A. y La Veracruzana), por lo que hace a organizaciones extranjeras, operaban dos agencias que practicaban el seguro sobre la vida y 45 agentes representantes también de empresas extranjeras que practicaban el seguro en los diferentes ramos de daños a la propiedad.

El 31 de agosto de 1935 constituye una fecha memorable en los anales del desarrollo del seguro en México, pues fue entonces cuando se promulgaron y entraron en vigor las dos leyes que son fundamentales del progreso alcanzado por nuestro país en materia de Seguros: la "Ley General de Instituciones de Seguros", que dejó sentadas las

bases para la verdadera nacionalización y el correcto funcionamiento de la industria aseguradora en México y la "Ley Sobre el Contrato de Seguro", elaborada por el licenciado Manuel Gual Vidal, que establecía las normas para la interpretación y adecuada aplicación de dicho contrato; consagró reglas y principios técnicos, como el de la proporcionalidad de la prima al riesgo; el de las cargas de descripción de éste, antes y después de concluido el contrato; el de la exclusión legal de ciertos riesgos técnicamente no asegurables; el de las consecuencias de la mora del asegurado en el pago de las primas; así como el carácter imperativo de sus disposiciones. Como caso de excepción, dicho ordenamiento especificó que los seguros marítimos se regirían por el código de comercio, por lo cual, sólo les serían aplicables sus disposiciones en lo que fueran compatibles.

La Ley General de Instituciones de Seguros:

1) El control y la vigilancia técnica y administrativa de las instituciones aseguradoras por parte de la Secretaría de Hacienda que ejercía por conducto de sus oficinas de seguros y fianzas y de la Comisión Nacional de Seguros.

2) Las bases para la organización y funcionamiento de empresas que como sociedades anónimas o como sucursales de empresas extranjeras, se establezcan y operen en el país, clasificando a las sociedades anónimas en dos grupos: 1° las nacionales, es decir, aquellas en cuyo capital tenga mayoría el estado; y 2°, las mexicanas, es decir, las que se constituyen con capital privado;

3) Clasifica las operaciones de seguros en tres grandes ramos: I.- vida, II.- accidentes y enfermedades y III.- daños a la propiedad;

4) Ordena la constitución de reservas técnicas para riesgos en curso; la de previsión para fluctuaciones de valores y desviaciones estadísticas y la correspondiente a siniestros pendientes de pago, protegiendo con esto los intereses del asegurado;

5) Reglamenta la inversión de dichas reservas, lo mismo que de su capital;

6) Prohíbe la práctica de cualquier operación activa de seguros en territorio mexicano, a cualquier persona que carezca de autorización expresa para operar como

institución de seguros o en representación de una que lo esté para practicarlos en el país y contratar con empresas extranjeras los seguros que se requieran para la protección de personas o de intereses domiciliados en el país.

Al conocer el contenido de dicha ley, las aseguradoras extranjeras se negaron, a acatar sus disposiciones, con excepción de una del ramo de vida.

La empresa extranjera del ramo de vida que se rehusó a acatar la ley dejó de operar, dando motivo a la creación de una Institución Nacional de ese ramo que absorbió la cartera de aquella, manteniendo en todo su vigor y fuerza los contratos de seguros celebrados por ella. Esa institución denominada "Seguros de México", fue quince años más tarde, traspasada a intereses privados mexicanos, practicando seguros de daños y convirtiéndose en un empresa de operación mixta de vida y daños.

Todas las empresas extranjeras de seguros de daños a la propiedad que operaban por conducto de agencias, retiraron a estas su representación, por lo que los agentes mexicanos de dichas empresas reunieron los capitales requeridos por la ley continuando su actividad, dando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por medio de su oficina de Seguros y Fianzas, que entonces realizaba también las funciones que posteriormente se encomendaron a la Comisión Nacional de Seguros, creada en 1946, toda cooperación técnica, legal y administrativa, para su organización, naciendo así las primeras instituciones de seguros mexicanas.

En agosto de 1936 fue reformada la Ley General de Instituciones de Seguros, estableciendo la obligación para los Gobiernos Federal, del Distrito Federal, de los Estados y de los Territorios de la República, de contratar preferentemente los seguros para cubrir los riesgos correspondientes a bienes de su propiedad, con las instituciones nacionales y, en su defecto, con las mexicanas privadas.

En abril de 1946, mediante una modificación al citado ordenamiento, se trató de corregir algunas imprecisiones que presentaba. Para ello se consideró como un ramo especial al seguro de crédito y se ajustó el procedimiento para el otorgamiento de autorizaciones para ejercer la actividad aseguradora.

Asimismo en este año, se crea la Comisión Nacional de Seguros, mediante reglamento del ejecutivo federal de 28 de septiembre de 1946, por el que se le asignaron las funciones de inspección y vigilancia que correspondían a la Secretaría de Hacienda y, se estableció su organización.

En 1947, el Estado decidió intervenir directamente en la práctica del seguro de daños, mediante la creación de una Institución Nacional de su propiedad, "Aseguradora Mexicana, S.A.", con el fin de procurar en forma técnica el autoseguro de bienes y negocios oficiales, así como para impulsar algunos ramos del seguro, ordenándose a las dependencias correspondientes al gobierno que deberían contratar sus seguros precisamente con la aludida aseguradora.

Los decretos publicados en 1949 y 1950, respectivamente, tuvieron por objeto cuidar la prosperidad y solvencia de las instituciones de seguros y facultar la intervención del ejecutivo federal en los renglones y lineamientos de inversión.

La reforma de 1953 a la Ley General de Instituciones de Seguros, tendió a una mayor participación de las instituciones de seguros en el desarrollo económico del país, canalizando sus recurso a actividades propias de beneficio social. De la misma manera se propuso un procedimiento conciliatorio ante la Comisión Nacional de Seguros, así como un juicio arbitral en caso de que las partes no conciliaran sus intereses y, al no ser designada árbitro la citada Comisión, se reservó al actor el derecho de ocurrir ante los tribunales judiciales a ejercitar sus derechos, acreditando haber agotado el procedimiento conciliatorio ante dicha comisión.

Por decreto de 23 de diciembre de 1954, se adicionó a la Ley General de Instituciones de Seguros, un artículo en el que se reconocía a los consorcios como organizaciones auxiliares de seguros.

Por decreto de 29 de diciembre de 1956, se reforma la Ley General de Instituciones de Seguros estableciendo entre otros puntos la división de las operaciones de seguros en tres bloques: a) vida, b) accidentes y enfermedades y, c) daños, comprendiendo, este último los ramos de responsabilidad civil y riesgos profesionales, marítimo y transportes, incendio, agrícola, automóviles, crédito y diversos; pudiendo concederse también para

practicar exclusivamente el reaseguro, en alguna o algunas de las operaciones mencionadas.

En cuanto a su organización, las aseguradoras debían ser sociedades anónimas o mutualistas y las extranjeras tenían que comprobar su legal constitución conforme a las disposiciones relativas de la Ley General de Sociedades Mercantiles y deberían declarar el capital con el que trabajarían sus sucursales en la República Mexicana.

El 29 de diciembre de 1961 se promulga la Ley del Seguro Agrícola y Ganadero, y también se creó, por medio de la misma la Institución Nacional de Seguros denominada Aseguradora Nacional Agrícola y Ganadera, S.A., (ANAGSA), actualmente dicha ley se encuentra abrogada y la aludida institución aseguradora ha desaparecido.

Asimismo, por decreto del **29 de diciembre de 1970**, desapareció la Comisión Nacional de Seguros, transfiriendo sus funciones de Inspección y Vigilancia de las instituciones de seguros a la Comisión Nacional Bancaria, cambiando ésta su denominación por la de Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, expidiéndose su reglamento el 9 de agosto de 1971.

Para el 4 de julio de 1976, al suscribir el gobierno federal la mayoría de las acciones de Aseguradora Hidalgo, S.A., ésta se convirtió en una Institución Nacional de Seguros.

En 1980, ante la evolución del sistema financiero, el ejecutivo consideró necesario reorientar y promover una mayor participación del sector asegurador dentro de la política económica general, tomando en cuenta el amplio potencial que para el mercado de seguros había ofrecido siempre nuestra economía y el escaso desarrollo de dicha actividad, por lo que a fines de ese año se presentó una iniciativa de reformas procurando una transformación integral del contenido y estructura de la Ley General de Instituciones de Seguros de 1935, bajo la técnica de "ley marco", sobresaliendo de esta, entre otros puntos, los siguientes:

a) En lugar de la autorización para funcionar como institución de seguros, se requiere en adelante la concesión del gobierno federal por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;

b) Se establece el registro general de reaseguradoras extranjeras, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;

1.1.6 PERIODO DE 1981 A 1989.

El 7 de enero de 1981 entraron en vigor modificaciones adicionales a la Ley General de Instituciones de Seguros, a fin de modernizar el sector y adecuarlo a las nuevas condiciones, las cuales se pueden clasificar en:

1.- Reforma a la estructura del sector asegurador, con el propósito de redefinir el papel que deben tener las entidades que integran el sector. Entre otros puntos se estableció:

a) Un régimen de concesión para las instituciones de seguros, de conformidad con el carácter de servicio público asignado a esta actividad;

b) Se sujetó a las Sociedades Mutualistas de Seguros al régimen de autorización por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;

c) Se adecuó el marco jurídico que regía la actividad de los agentes de seguros;

d) Se sujetó a autorización la actividad del ajustador y se fijaron las bases para expedir el reglamento respectivo;

2.- Reformas al régimen de operación de las empresas aseguradoras:

a) Se adicionó entre los ramos que las empresas podían operar, los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, cuando algunos adquirieran una importancia tal que ameritara se les considerase como ramo independiente, además de mencionar el de responsabilidad civil como adicional en otros ramos.

b) Se señalan todas las operaciones que las aseguradoras podían realizar, tanto de seguro como de reaseguro y las análogas o conexas que la Secretaría de Hacienda y

Crédito Público autorizara, previa opinión de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.

c) Se actualizaron los criterios técnicos en materia de reservas, tomando en cuenta la complejidad en las necesidades de aseguramiento y el creciente número de tipos de seguro que habían venido creándose;

d) Se estableció la obligación para las instituciones de seguros de constituir una reserva de capital para fluctuaciones de valores, entre otros puntos.

3.- Reformas para procurar una mayor sanidad en el sector:

a) Se procuró ampliar y definir las funciones de inspección y vigilancia por parte de las autoridades del sector, manteniéndose las reglas de contabilidad, inspección y vigilancia, con algunas actualizaciones y adaptaciones para lograr una mayor eficiencia;

b) Se indicaron de manera específica las operaciones que expresamente tenían prohibido realizar las instituciones de seguros;

c) Se previó que tratándose de delitos cometidos por funcionarios o empleados de compañías de seguros, los mismos serían perseguidos por querrela de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;

Asimismo a partir del 1° de enero de 1981, entró en vigor la Ley del Seguro Agropecuario y de Vida Campesino, misma que reguló la actividad de la Aseguradora Nacional Agrícola y Ganadera, S.A., entidad paraestatal creada por ley en 1961.

El establecimiento del seguro agropecuario tuvo por objeto brindar apoyo al desarrollo productivo del campo, sustituyendo la inseguridad por la seguridad y facilitando el uso de crédito, mediante la garantía de las inversiones contra ciertos riesgos.

Es de destacar la labor legislativa en materia de seguros a partir de 1981, pues además de los ordenamientos mencionados, se publicaron diversas disposiciones, como:

a) Acuerdo Presidencial de 15 de mayo de 1981, que ratifica que las Secretarías de

Estado y Departamentos Administrativos y las entidades que componen la Administración Pública Paraestatal, deberán contratar con Aseguradora Mexicana, S.A., y Aseguradora Hidalgo, S.A., los seguros necesarios para el desempeño de sus actividades;

b) El Reglamento de Agentes de Seguros, publicado el 24 de septiembre de 1981;

c) El Reglamento de la Ley del Seguro Agropecuario y de Vida Campesino, que entro en vigor el 29 de junio de 1982;

Por decreto publicado el 27 de diciembre de 1983, se reformó la Ley General de Instituciones de Seguros, a efecto de ampliar la protección de los intereses del público usuario respecto a los servicios que prestan las empresas de seguros y mejorar substancialmente el procedimiento de tutela y protección a los asegurados, incluyendo bases para la conciliación y el arbitraje, en forma rápida y objetiva conforme a los principios constitucionales y acatando las formalidades esenciales del procedimiento;

De especial trascendencia resulta la medida que dispone que la constitución de la reserva para obligaciones pendientes de cumplir debería ser ordenada por la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, conforme al artículo 135 de la Ley a comento; los productos de la inversión quedarían siempre en beneficio del reclamante si el cobro resultare procedente, lo que permitía compensar la pérdida por la duración del juicio;

En estas reformas se establecieron plazos perentorios obligatorios para que las empresas de seguros rindieran informes detallados sobre las reclamaciones que se presentaran en su contra. En el caso de que las partes no aceptasen la conciliación, se previó su posible intervención en amigable composición o juicio arbitral.

Se establecieron reglas para operaciones de seguro y reaseguro en moneda extranjera celebradas por instituciones y sociedades mutualistas de seguros del país, expedidas estas en mayo de 1983; Por decreto de 20 de diciembre de 1984, y publicado en el Diario Oficial de la Federación del 14 de enero de 1985, se realizaron algunas modificaciones a la Ley General de Instituciones de Seguros en lo que respecta a la ampliación de las operaciones de vida y se establecieron reglas respecto al cálculo de las reservas por riesgo en curso.

Por decreto expedido en 1985, se reformó el artículo 127 de la Ley de Vías Generales de Comunicación, numeral que establece la obligación de los transportistas de proteger a los viajeros y a sus pertenencias cuando utilicen sus servicios. al efecto, se cambió el término "asegurar" por "proteger", lo que permite al transportista elegir el medio que más le convenía para cubrir la responsabilidad objetiva en la que, en su caso, incurriera.

Asimismo, el 18 de diciembre de 1985, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público expidió las "Reglas para la constitución de las reservas de riesgos en curso" de las compañías aseguradoras, para las reservas para fluctuaciones de valores; la reserva de previsión y para la constitución e incremento de las reservas técnicas especiales de las aseguradoras.

1.1.7. PERIODO DE 1990 A 1997.

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 3 de enero de 1990, se promulgó la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, misma que entró en vigor al día siguiente de su publicación, dividiendo las funciones de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros en dos organismos desconcentrados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público denominados Comisión Nacional Bancaria y Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, encaminada, esta última, entre otras funciones a la inspección y vigilancia de las instituciones de seguros, de las sociedades mutualistas y de las afianzadoras; fungir como órgano de consulta de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; imponer multas por infracciones a las disposiciones de esta ley; elaborar estudios que le sean encomendados y coadyuvar con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en el desarrollo de políticas adecuadas para la selección de riesgos. Con motivo de este decreto el gobierno federal establece, entre otros puntos, los siguientes:

a) Se requiere su autorización para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros;

b) Se autoriza a las instituciones de seguros, a realizar operaciones de reafianzamiento;

c) A las instituciones autorizadas para practicar exclusivamente el reaseguro, se les autorizó para realizar operaciones de reafianzamiento;

d) Se autorizó, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la participación de capital extranjero en el capital pagado de las instituciones aseguradoras mexicanas, siempre y cuando se tratara de entidades aseguradoras, reaseguradoras, afianzadoras del extranjero y a personas físicas o morales extranjeras o agrupaciones de las mismas, aclarándose que la inversión mexicana siempre tendría que ser mayoritaria, manteniendo la facultad de determinar el manejo de la institución y su control previsto en el capítulo de servicios financieros.

El 9 de febrero de 1990 se publicó en el Diario Oficial de la Federación un oficio por el cual la Secretaría de Hacienda y Crédito Público declaró en estado de disolución a ANAGSA y, con fecha 7 de junio del mismo año, el Diario Oficial de la Federación publicó un acuerdo por el cual se autorizó la constitución y organización de la institución de seguros denominada Agroasemex, S.A.

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de julio de 1993, se modificaron algunos artículos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en lo que respecta a los aspectos legal, técnico, administrativo, de inversiones y financiero. de entre los puntos sobresalientes de esta reforma, se estableció, entre otros puntos, que:

a) Las instituciones de seguros podrán ser constituidas como sociedades de capital fijo o variable, debiendo contener un capital mínimo para cada operación y ramo que se les haya autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;

b) Se establecieron nuevos lineamientos en lo que se refiere al trámite de los juicios arbitrales que se ventilan ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y en relación a la constitución e inversión de la reserva específica para obligaciones pendientes de cumplir;

c) Se definió el término de "operación activa", entendiéndose por esta: "cuando una persona asume un riesgo cuya realización dependa de un acontecimiento futuro e incierto, a cambio de que otra le cubra una suma de dinero, obligándose quien asume el riesgo,

cuando se produzca éste, a resarcir el daño de manera directa o al pago de una suma de dinero." Asimismo se establece que: "no se considerará operación activa de seguros la comercialización a futuro de bienes o servicios, cuando el cumplimiento de la obligación de un acontecimiento futuro e incierto, se satisfaga con recursos e instalaciones propios de quien ofrece el bien o el servicio y sin que se comprometa a resarcir algún daño o a pagar una prestación en dinero." (artículo 3º, segundo párrafo de la L.G.I.S.M.S.).

d) Se modificaron y adicionaron las sanciones por las infracciones previstas en la citada ley;

Mediante Diario Oficial de la Federación de fecha 17 de mayo de 1993, se publicó el nuevo Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas, abrogando con este el anterior de 8 de septiembre de 1981.

Por Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de enero de 1997, se modificaron algunos artículos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. De esta reforma se desprenden, entre otros, los siguientes puntos:

a) Se consideró para efectos de esta ley que se realiza una operación activa de seguros cuando, en caso de que se presente un acontecimiento futuro e incierto, previsto por las partes, una persona, contra el pago de una cantidad de dinero, se obliga a resarcir a otra un daño, de manera directa o indirecta o a pagar una suma de dinero.

b) Se realizó una nueva clasificación de las operaciones de seguros;

c) Se incluyó dentro de las operaciones que pueden realizar las instituciones de seguros la de invertir en el capital de las administradoras de fondos para el retiro y en el de las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro, en los términos de la legislación aplicable; actuar como comisionista con representación de empresas extranjeras para efectos de lo previsto en la fracción III, inciso 2) del artículo 3º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros;

d) Se creó el artículo 52 bis que establece la creación de reservas técnicas cuando se operen seguros de pensiones derivados de Las Leyes de Seguridad Social;

e) Se creó el artículo 52 bis-1 que establece, para las instituciones de seguros autorizadas para operar los seguros de personas derivados de las leyes de seguridad social, la constitución de un fondo especial, a través de un fideicomiso, cuya finalidad será contar con recursos financieros que, en caso necesario apoyen el adecuado funcionamiento de los seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social;

f) Se derogaron y modificaron algunos párrafos del artículo 135 de la citada ley en lo que se refiere al procedimiento conciliatorio y arbitral ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

g) Se creó el artículo 135 bis que establece el procedimiento para el caso de que la empresa de seguros no cumpla con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles estas;

h) Se creó el artículo 147 que establece las multas que se impondrán a los consejeros, comisarios, directores, funcionarios o empleados de un intermediario de reaseguro.

1.2.- ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CONTROL ESTATAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA EN MEXICO.⁴

En la práctica, el contrato de seguro no lo contiene todo; siempre quedan circunstancias no previstas o cláusulas susceptibles de interpretación, donde debe intervenir la buena fe.

Hay, pues, una necesidad real de que el contenido del contrato sea conocido y aprobado por quienes tienen a su cargo el funcionamiento de las instituciones económicas, que de ese modo protegen al público y lo representan ante los profesionales aseguradores.

El seguro es un servicio cuyo precio se determina en función de elementos desconocidos en el momento de fijarlo; por lo tanto, existe el riesgo de que sea insuficiente

⁴ MINZONI CONSORTIL, Antonio, Memoria de los 50 años de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Editado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, México, 1996.

y ponga en peligro la existencia misma de la empresa que presta el servicio, o de que sea excesivo y constituya fraude.

Por la misma razón, la responsabilidad de que el precio del seguro sea correcto debe recaer en un organismo neutral, cuya situación en la red general de información le permita valorar las tasas de primas que las entidades aseguradora perciben por su servicio o, al menos, tener algún poder de supervisión y análisis sobre ellas.

También puede decirse que por ser el seguro una actividad muy regulada en todo el mundo, parece lógico que exista un centro u organismo que vele porque las entidades se ajusten a su actuación a la legislación correspondiente, por lo que en casi todos los países existe un organismo, institución o ente creado "ex profeso" dentro de la Administración del Estado para desempeñar esta función.

Dentro de los objetivos generales, se pueden mencionar los siguientes: ⁵

a) Exigir el cumplimiento de las leyes vigentes en cada momento por parte de quienes intervienen en el mercado asegurador: aseguradoras, reaseguradoras, agentes, entre otros.

b) Conocer constantemente la situación económica-financiera de las entidades que actúan en el mercado;

c) Detectar y corregir las situaciones irregulares y las anomalías que comprometan la solvencia de las entidades;

d) Procurar que la actuación técnica de las entidades se base en principios actuariales, estadísticas y cálculos correctos;

e) Elaborar informes y estadísticas que reflejen la situación y constituyan una guía para cuantos trabajan en él.

⁵ FUNDACION MAPFRE ESTUDIOS, Curso de Introducción al Seguro, Itsemap México, S.A. de C.V.

Esta organización del control de la actividad aseguradora en México a tenido un gran desarrollo a través del paso del tiempo, misma que a continuación se mencionara.

A fin de desarrollar este punto, se ha dividido en etapas el desarrollo que ha tenido el control estatal en la actividad aseguradora en México.

1.2.1. PERIODO DE 1854 A 1909.

A lo largo del siglo XIX se encuentran los primeros antecedentes históricos de un organismo gubernamental apto para supervisar la labor de las pocas instituciones de seguros que operaban en el País. El Código de Comercio de la Ciudad de México, de 16 de mayo de 1854, conocido como "Código Lares" por la influencia que tuvo en su estructuración el ministro del gobierno del General Antonio López de Santa-Ana, Don Teodosio Lares, en sus artículos relacionados con la actividad aseguradora (seguros de conducciones terrestres y seguros marítimos), habló de la presencia de un funcionario del gobierno autorizado, y por lo tanto responsable, de otorgar "contratos de seguros" tratándose de los "agentes consulares", cuya autorización era solamente para la "celebración de contratos de seguros en las plazas de comercio de sus respectivas residencias", siempre y cuando que alguno de los contratantes fuera mexicano.

Con fecha 16 de diciembre de 1892 se promulgó la primera "Ley Sobre Compañías de Seguros", pero cualquier comunicación de las empresas de seguros que operaran en el país con las autoridades, debía de hacerse directamente a la Secretaría de Hacienda.

En el mes de octubre de 1904 se creó el Departamento de Inspección General de Instituciones de Crédito y Compañías de Seguros y para 1910, con la "Ley Relativa a la Organización de las Compañías de Seguros Sobre la Vida", se crea un "Departamento Especial de Seguros", para la vigilancia de las compañías de seguros, en nombre de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

1.2.2. PERIODO DE 1910 A 1946.

Durante este periodo, el "Departamento Especial de Seguros", operó hasta 1935 dependiendo de la Secretaría de Hacienda y también de la de Industria, Comercio y Trabajo pero a partir de 1935 y por el lapso comprendido entre 1935-1946, la relación Secretaría de Hacienda y Crédito y compañías de seguros fue directa.

Con fecha 25 de mayo de 1910, se promulgó la "Ley relativa a la Organización de las Compañías de Seguros Sobre la Vida", la cual en su capítulo IV, "De la vigilancia de las compañías", artículo 42, expresaba lo siguiente: "La Secretaría de Hacienda y Crédito Público ejercerá la vigilancia de las compañías de seguros sobre la vida por conducto de un departamento especial que se llamará de Seguros". a continuación dice que "el reglamento de la ley", determinará la forma en que se ejercerá la inspección y vigilancia". Cabe agregar que dicho reglamento fue promulgado y publicado el día 24 de agosto de 1910.

El 27 de noviembre de 1923, se promulga otro reglamento a la ley anterior, pero no se notan variaciones en lo referente a la inspección y vigilancia, señalando únicamente que el departamento dependería de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo.

El 25 de mayo de 1926 se promulgó la primera ley relacionada con todo tipo de seguro denominada "Ley General de Sociedades de Seguros", en el capítulo que se refiere al departamento de seguros, se reafirma el principio de su dependencia de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, para aclarar y ampliar algunas de las funciones del mencionado departamento.

El 31 de agosto de 1935 se publica la "Ley General de Instituciones de Seguros", promulgada por el Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, General Lázaro Cárdenas del Río.

En dicha ley, en el capítulo II.- "De la vigilancia e inspección de las instituciones" se estableció en su artículo 114 que: La inspección y vigilancia de las instituciones de seguros, de sus sucursales y agencias, quedará confiada a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Por otra parte, el artículo 118 disponía que: en cumplimiento de la función de vigilancia que la ley confiere a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, ésta proveerá en los términos de esta ley y demás relativas, al eficaz cumplimiento de sus preceptos, intervendrá en los arqueos, cortes de caja y demás comprobantes o verificaciones de contabilidad de las instituciones sometidas a su inspección. Además se mencionan otras funciones que hablaban de un estricto control sobre la actividad aseguradora, ejercida sobre las instituciones de seguros que operaban en el país.

1.2.3. PERIODO DE 1947 EN ADELANTE.

Actualmente, el control estatal de la actividad aseguradora en México, se lleva a cabo por conducto de un órgano de control y regulación y otro de inspección y vigilancia de las instituciones y sociedades mutualistas de Seguros, así como de las demás personas y empresas previstas por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el primero de estos organismos denominado Dirección General de Seguros y Valores de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el segundo denominado Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Este control de la actividad aseguradora, se encuentra plasmado en los diversos artículos que conforman la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de los cuales se hará mención de alguno de ellos.

De conformidad con el artículo 1° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, las empresas que se organicen y funcionen como instituciones de seguros y sociedades mutualistas de seguros, quedan sujetas a las disposiciones que establezca para tal efecto la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Asimismo, de conformidad con lo previsto por el artículo 2° del citado ordenamiento legal, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, será el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos lo relacionado con los preceptos de esta ley y en general para todo cuanto se refiere a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, para estos efectos, podrá solicitar cuando así lo estime

conveniente, la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, del Banco de México o de algún otro Organismo o dependencia en razón de la naturaleza de los casos que lo ameriten.

Competerá exclusivamente a la mencionada Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la adopción de todas las medidas relativas a la creación y al funcionamiento de las instituciones nacionales de seguros.

En la aplicación de la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la intervención, de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, deberá procurar un desarrollo equilibrado del sistema asegurador, y una competencia sana entre las instituciones de seguros que lo integran.

Como ejemplo del control que ejerce el Gobierno Federal en materia de seguros podemos hacer mención del contenido del los artículos 5° y 6° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros los cuales establecen:

"Artículo 5°.- Para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualistas de seguros se requiere autorización del Gobierno Federal, que compete otorgar discrecionalmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 6°.- El Gobierno Federal por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, podrá otorgar discrecionalmente autorización para las instituciones de seguros realicen operaciones de reafianzamiento."

En atención a lo expuesto por el Licenciado Eduardo Alvarez Ferreira, en su exposición relativa a la Protección del Asegurado en el Derecho, dentro del Primer Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas, celebrado en la Ciudad de Querétaro, Qro., el mismo señala que una primera manifestación de la intervención estatal en el desarrollo de la actividad aseguradora estriba en que para ejercerla se requiere de autorización del gobierno federal, la cual tiene carácter discrecional y para obtenerla entre otros requerimientos, es necesario presentar ante la Secretaría de Hacienda y Crédito

Público el proyecto de escritura constitutiva o contrato social con sujeción a las disposiciones de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y a la Ley General de Sociedades Mercantiles; el plan de actividades; un depósito del 10% del capital mínimo con que debe de operar; la plantilla de los consejeros y altos funcionarios de la empresa, cuyos nombramientos deben ser aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

De la misma forma expresa que, por lo que respecta a la regulación de la solvencia, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros contempla dos aspectos primordiales para la protección de los asegurados: la constitución e inversión de las reservas técnicas y el mantenimiento de los requerimientos de capitalización.

Para cumplir con los compromisos establecidos con los asegurados, manifiesta que, las instituciones de seguros deben constituir adecuadamente sus reservas técnicas: la reserva de riesgos en curso, cuyo objetivo es cubrir los riesgos vigentes de la aseguradora; la reserva para obligaciones pendientes de cumplir, que tiene por objeto cubrir los pagos pendientes de cobro; y la reserva de previsión, cuyo objetivo consiste en funcionar como un fondo para afrontar desviaciones extraordinarias en la siniestralidad.

Establece que, la manera en que las instituciones invierten estas reservas es primordial para determinar la solvencia de dichas instituciones y con esto su capacidad para afrontar sus compromisos con los asegurados. Las empresas pueden presentar problemas de liquidez si las reservas técnicas no están adecuadamente determinadas y constituidas, o si están invertidas en activos cuya realización sea difícil al momento en que deban de afrontar sus compromisos por la ocurrencia de siniestros. Debido a lo anterior, la inversión de las reservas técnicas debe ajustarse a las proporciones y demás requisitos que exige la ley, y debe efectuarse en el término que al efecto señala la autoridad mediante reglas de carácter general, a fin de mantener las condiciones adecuadas de seguridad y con la liquidez apropiada.

Sigue expresando que dichas inversiones respaldan a las responsabilidades contraídas por las instituciones en base a los contratos celebrados y las instituciones no pueden disponer de ellas, total o parcialmente, sino para cumplir las obligaciones asumidas y las que resulten por sentencia ejecutoria de los tribunales de la república o por laudo de la

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a favor de los asegurados o beneficiarios, de acuerdo con la ley. Los bienes en que se efectúen las inversiones son inembargables situación que protege los intereses de los asegurados, en la medida en que los montos de tales reservas no pueden ser utilizados mas que para efectuar pagos a dichos asegurados.

Continúa diciendo que, el segundo punto primordial que contempla la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en cuanto a la regulación de la solvencia consiste en el mantenimiento por parte de las instituciones de seguros de los requerimientos de capitalización, y que a este respecto, las instituciones de seguros deben contar con un capital mínimo pagado por cada operación o ramo autorizado, mismo que determina la Secretaría de Hacienda y Crédito Público durante el primer trimestre de cada año, asimismo, sin perjuicio de mantener el capital mínimo pagado, las compañías deben contar con el capital mínimo de garantía, cuyo objetivo consiste en respaldar las desviaciones en la siniestralidad esperada, calidad y seguridad del reaseguro o pérdidas en las inversiones realizadas, que puedan provocar insuficiencia en el capital de las instituciones para sufragar sus obligaciones.

Establece, por otra parte, que también resulta importante cuidar, en protección de los asegurados, que los productos ofrecidos por las instituciones de seguros cuenten con el debido sustento técnico, con ello, se pretende elevar el grado de certidumbre, en el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan las compañías con los asegurados. La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, exige a las instituciones de seguros sustentar cada una de sus coberturas, planes y primas de riesgo en una nota técnica, de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, Además, se exige que las compañías comprueben técnicamente que el cálculo para determinar dicha prima se hizo de manera justa, de tal forma que será suficiente para poder responder al asegurado, detallando las bases para el cálculo de las reservas y deducibles, así como de cualquier otro elemento de importancia ; el registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de la nota técnica beneficia y protege al asegurado, ya que supervisa que la institución dispondrá de recursos suficientes para cumplir con el asegurado.

De la misma forma y dado que en la relación contractual del seguro, normalmente, existe una parte que no interviene en la configuración del clausulado del contrato, sino que sólo tiene la posibilidad de tomarlo o dejarlo conforme al esquema que le es presentado por

el asegurador, el legislador ha dispuesto un mecanismo de supervisión de los contratos de seguros cuyo contenido no es producto de una negociación con el tomador del seguro, sino resultado de la elaboración unilateral de la empresa de seguros, esto es, de los denominados contratos de adhesión.

Expresa, también que la revisión de los formularios de estos contratos a cargo de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas tiene por objeto constatar que no contiene estipulaciones contrarias a las disposiciones legales aplicables y que no establecen obligaciones o condiciones inequitativas o lesivas para los contratantes asegurados o beneficiarios; Asimismo, su revisión tiene por objeto cerciorarse de que en la documentación contractual se indique de manera clara y precisa el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias, deducibles o cualquier otra modalidad incluida en las coberturas, planes de seguros, así como los derechos y obligaciones de los contratantes asegurados o beneficiarios. Un aspecto más que es objeto de vigilancia consiste en constatar la congruencia de los términos del contrato con la nota técnica en que se sustente el plan de seguro respectivo.

Concluye que el mecanismo de supervisión de contratos de adhesión se instrumenta a través de un registro previo al uso de la documentación. La inobservancia del requisito del registro por parte de la empresa de seguros, tiene efecto en la relación contractual creada con base en un documento no registrado, pues la ley establece que el contrato de adhesión o cláusula incorporada al mismo no registrados, son anulables, con la circunstancia de que la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes, contra la institución de seguros y nunca por ésta en contra de aquéllos.

1.3. FACULTADES Y COMPETENCIAS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y VALORES.

De conformidad con lo establecido por el artículo 32 del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, compete a la Dirección General de Seguros y Valores:

I.- Formular, para aprobación superior, las políticas de promoción, desarrollo, regulación y supervisión de las instituciones de seguros, de fianzas, de las casas de bolsa, de las sociedades de inversión y de sus operadoras, de las organizaciones auxiliares de crédito y casas de cambio, de las bolsas de valores, de las instituciones para el depósito de valores y, en el ámbito de su competencia, de las sociedades controladoras y de filiales de instituciones financieras del exterior, así como las relativas a la coordinación sectorial de los citados intermediarios financieros, que tengan el carácter de entidades de la administración pública federal.

II.- Participar, mediante la formulación de las políticas a que se refiere la fracción anterior, en la elaboración del Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo y del Programa Operativo Anual de Financiamiento de la Administración Pública Federa;

III.- Proponer, para aprobación superior, las actividades de planeación, coordinación, vigilancia y evaluación, de los intermediarios financieros a que se refiere la fracción I de este artículo, que tengan el carácter de entidades de la administración pública federal;

IV.- Ejercer, previo acuerdo superior, las facultades de la Secretaría como coordinadora de sector de los intermediarios financieros a que se refiere la fracción I de este artículo, que tengan el carácter de entidades de la administración pública federal, excepto las facultades que con carácter indelegable otorgue este Reglamento al Secretario;

V.- Integrar y proponer para aprobación superior, los programas anuales e institucionales, así como los presupuestos de los intermediarios financieros citados en la fracción I, que tengan el carácter de entidades de la administración pública federal;

VI.- Integrar, formular y proponer los programas de modernización administrativa e innovación institucional de los intermediarios financieros a que se refiere la fracción I de este artículo;

VII.- Proponer, para resolución superior, las autorizaciones para operar como intermediarios financieros a que se refiere la fracción I de este artículo, que sean competencia de la Secretaría, así como la revocación de las citadas autorizaciones;

VIII.- Proponer, en el ámbito de su competencia, para resolución superior, la autorización para la constitución y el funcionamiento de grupos financieros, así como la respectiva revocación y la autorización para la incorporación de una nueva sociedad a un grupo financiero o la separación de alguno de sus integrantes, la fusión de dos o más grupos financieros, así como escisión, la fusión de dos o más entidades participantes en un mismo grupo financiero, así como la escisión y disolución de un grupo financiero, todo ello siempre que no participe una institución de banca múltiple;

IX.- Imponer sanciones, así como tramitar y resolver los recursos administrativos establecidos como competencia de la Secretaría por leyes que regulan a los intermediarios señalados en la fracción I de este artículo;

X.- Recibir de las afianzadoras la información relativa a las designaciones de apoderados y domicilios para recibir requerimientos de pago por fianzas exigibles, darlas a conocer a las oficinas ejecutoras;

XI.- Representar a la Secretaría, en el ámbito de su competencia, en sus relaciones con las Comisiones Nacionales, Bancaria y de Valores, de Seguros y Fianzas, y del Sistema del Ahorro para el Retiro;

XII.- Coordinar la aplicación de los mecanismos de control de gestión en las instituciones y sociedades a que se refiere la fracción I de este artículo;

XIII.- Llevar los registros que sean competencia de la Secretaría conforme a las leyes que rigen las materias señaladas en la fracción I de este artículo, y

XIV.- Resolver los asuntos relacionados con la aplicación de los ordenamientos legales que rigen las actividades y las materias señaladas en la fracción I de este artículo, que sean competencia de la Secretaría, siempre y cuando no formen parte de las facultades indelegables del Secretario.

Asimismo competará a la Dirección de Seguros y Finanzas:

I.- Participar en la formulación de las políticas de promoción, desarrollo, regulación y control de las instituciones de seguros y fianzas;

II.- Coadyuvar en el ámbito de su competencia en el resolución de los asuntos referentes a grupos financieros;

III.- Efectuar el análisis, propuestas y seguimiento de las políticas, programas y mecanismos en materia de seguros y fianzas, así como evaluar sus resultados, y

IV.- Ejercer, previo acuerdo superior, las atribuciones de la Dirección General de Seguros y Valores en materia de Seguros y Fianzas.

Por lo que corresponde a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y su importancia, se analizarán brevemente sus antecedentes históricos.

En atención a lo antes establecido, será competencia de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, respecto de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros:

- Otorgar la autorización para que se constituyan y funcionen dichas instituciones y sociedades mutualistas de seguros;

- Otorgar la autorización para que realicen las operaciones de seguros y los ramos respectivos, o bien para practicar exclusivamente el reaseguro o el reafianzamiento;

- Llevar el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras;

- Autorizar el establecimiento de oficinas de representación de reaseguradoras extranjeras;

- Autorizar el capital mínimo pagado para cada operación o ramo que realicen las instituciones de seguros;

- Autorizar la participación, en el capital de las instituciones de seguros, de entidades aseguradoras, reaseguradoras y afianzadoras extranjeras, así como de personas físicas o morales extranjeras;

- Autorizar la suscripción, por parte de un sólo accionista, de más del 15 % del capital pagado de una institución de seguros;

- Autorizar la incorporación de las instituciones de seguros en agrupaciones financieras;

- Autorizar la constitución y funcionamiento de sociedades controladoras de acciones de instituciones aseguradoras;

- Autorizar modificaciones a los estatutos de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros;

- Acordar la revocación de las autorizaciones concedidas a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros para operar;

- Autorizar operaciones con valores, que se aparten de las reglas generales sobre el particular;

- Autorizar la apertura de oficinas en el extranjero;

- Autorizar a las instituciones aseguradoras para adquirir acciones o participaciones en el capital social de entidades aseguradoras o financieras del exterior;

- Resolver en definitiva sobre la remoción o suspensión de administradores, comisarios, directores, gerentes y funcionarios de alto nivel de las instituciones aseguradoras;

- Autorizar traspasos de cartera;

- Dictar las disposiciones especiales y las Reglas Generales previstas por la Ley;

- Declarar la disolución de estas entidades.⁶

1.4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS.

La Comisión Nacional de Seguros, fue creada en 1946. Desde su paso por las calles de Venustiano Carranza número 52, hasta nuestros días en Avenida Insurgentes sur 1971, con su actual denominación, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a sufrido cambios en su estructura y en sus facultades incrementándose su competencia con el paso de los años.

Es así como por el "Decreto que Reforma la Ley de Instituciones de Seguros" expedido con fecha 18 de febrero de 1946, se vislumbra la creación de la Comisión, estableciéndose en su artículo 118, que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, "ejercerá la inspección y vigilancia de las instituciones directamente o por medio de algún organismo descentralizado auxiliar de la secretaría en los términos del reglamento respectivo".

El 14 de septiembre de 1946 se considera como el día del nacimiento oficial de la Comisión, en virtud de que en ese día, se expidió el Reglamento de la Comisión Nacional de Seguros, en cuyo primer artículo se expresa: "Las funciones de inspección y vigilancia de las instituciones de seguros que corresponden a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se ejercerán por conducto de la Comisión Nacional de Seguros".

El reglamento promulgado durante el periodo presidencial del General Manuel Avila Camacho, consta de 29 artículos y siete transitorios; en primer término, el documento presidencial define la forma en que deberá funcionar la Comisión y, después, cuales serán sus facultades y deberes.

En virtud del Decreto de septiembre de 1946, la Comisión quedó integrada por cinco vocales, de los cuales "tres serían nombrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público de los cuales uno de ellos funge como presidente; uno a propuesta de las instituciones que operarán el seguro de vida y otro por aquéllas que operaran en daños.

⁶ IDEM.

Por lo que se refiere al Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros aprobado con fecha 24 de mayo de 1947, en él se habla de un Vicepresidente con las funciones específicas de suplir al presidente en caso de ausencia de este último; además se define que la Comisión "funcionará y tomara sus resoluciones en pleno y por medio de su Presidente.

La misma funcionará por medio de cinco departamentos cubriendo cinco áreas diferentes a saber:

- 1) Legal;
- 2) Actuarial;
- 3) Administrativa con dos secciones:
 - a) De estadística y,
 - b) De credenciales de agentes;
- 4) De inversión, y
- 5) De inspección.

La recién establecida Comisión quedó alojada en el tercer piso de la casa número 52 de la calle de Venustiano Carranza, edificio y sede del Banco del Ahorro, S.A. Poco tiempo después (1951), se vio en la necesidad de ampliar sus oficinas y ocupó el tercer piso del edificio de "La Nacional", ubicado en Avenida Juárez número 14, en el Distrito Federal.

1.4.1. PERIODO DE 1956 A 1988.

El 14 de febrero de 1956 se expidió el segundo Reglamento de la Comisión Nacional de Seguros, el cual modificó la estructura de la Comisión Nacional de Seguros, ampliando sus funciones. En él se establece que la Comisión Nacional de Seguros estará formada por un "Comité permanente" y un "Pleno". Al comité permanente le corresponderá la inspección y vigilancia, la resolución de los asuntos y la aplicación de las normas que rigen a las instituciones de seguros en particular. Este comité estaría integrado por cinco vocales designados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el pleno, a su vez, estaría integrado por siete vocales, de los cuales cinco serían los mismos que forman el comité permanente y dos designados por la propia Secretaría, a proposición de las Instituciones de

Seguros. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público nombraría al Presidente de la Comisión a uno entre los cinco vocales, el cual fungiría también como Presidente del pleno y de dicho comité.

Entre las facultades ampliadas, es significativa la registrada en el inciso IV del artículo 18, que a la letra establecía: "resolver las reclamaciones presentadas contra instituciones de seguros, dictando los laudos correspondientes cuando sea designada árbitro, según establece la Ley General de Instituciones de Seguros o, en su caso, ordenar la constitución e inversión de reservas dentro del procedimiento investigador a que el mismo precepto se refiere".

En el año de 1970 la Comisión Nacional de Seguros se unió a la Comisión Nacional Bancaria para formar la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros de conformidad con el Decreto de 23 de diciembre de 1970, denominado reformas y adiciones a la Ley General de Instituciones de Crédito y Organizaciones Auxiliares y a la Ley Orgánica del Banco de México, en cuyo artículo 160 bis, de este último ordenamiento, se establecía que: las funciones de inspección y vigilancia de las instituciones de seguros que correspondían a la Secretaría de Hacienda y Crédito público, en los términos de la Ley General de Instituciones de Seguros y demás disposiciones aplicables, se ejercerían por conducto de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.

El artículo tercero transitorio de dicha ley establecía que: "en virtud de las nuevas funciones de inspección y vigilancia de las instituciones de seguros, contenidas en el presente decreto, en el futuro la denominación de la Comisión Nacional Bancaria sería la de Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, abrogando, el artículo quinto transitorio, del Reglamento de la Comisión Nacional de Seguros expedido el 14 de febrero de 1956.

El nuevo Organismo estableció su sede en las calles de República de El Salvador número 47, en el Convento de San Felipe Neri, en el Distrito Federal.

El 10 de agosto de 1971 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Reglamento sobre las funciones que en materia de seguros realizaría la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros. El organigrama de la nueva comisión estableció el "Comité permanente" con un Presidente, un Vicepresidente y un Secretario. Además integraba al

Comité permanente cinco vocales propietarios e igual número de suplentes; tres asesores. Los funcionarios de la nueva Comisión se conformaban por un Presidente, un Vicepresidente, seis Directores y cinco Subdirectores, nueve Subdirectores especiales y tres Jefes de departamento.

El 18 de diciembre de 1985, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público expide las "Reglas para la Constitución de las Reservas de riesgos en curso", estableciéndose en ellas que la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros es un Organo Desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

La nueva estructura de la citada Comisión, para el cumplimiento de sus funciones estaría integrada por:

- a) Junta de Gobierno;
- b) Presidencia;
- c) Comité Consultivo;
- d) Vicepresidencias;
- e) Delegaciones Regionales;
- f) Demás servidores públicos necesarios.

La Junta de Gobierno estaría integrada por nueve vocales, y dos más que tendrían el carácter de Presidente y Vicepresidente de la Comisión; Cuatro vocales serían designados por la Secretaría de Hacienda, dos por el Banco de México y uno por la Comisión Nacional de Valores. La propia Secretaría designaría a los otros dos vocales, por cada vocal se nombraría un suplente.

1.4.2. PERIODO DE 1989 A 1997.

Por decreto de 28 de diciembre de 1989, publicado en el diario oficial de la federación de 3 de enero de 1990, se escindió la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros en Comisión Nacional Bancaria cuya finalidad es la atención de todo lo relacionado con instituciones de crédito y en Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuyo fin es todo lo concerniente a la actividad aseguradora y afianzadora.

El decreto mencionado entró en vigor el 4 de enero de 1990, de tal suerte que a partir de esa fecha, los Organismos reguladores del Sistema Financiero Mexicano quedaron integrados como sigue:

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con tres dependencias:

- 1) Comisión Nacional Bancaria;
- 2) Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y
- 3) Comisión Nacional de Valores.

Para el año de 1996 la Comisión Nacional Bancaria y la Comisión Nacional de Valores se fusionan creándose la Comisión Nacional Bancaria y de Valores.

1.4.3. LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS Y SUS FACULTADES.

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación del 14 de enero de 1991, se crea el Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas como Organismo Desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público quien ejercerá las facultades y atribuciones que le confieren la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, así como otras leyes, reglamentos y disposiciones administrativas aplicables, en relación con las funciones de inspección, vigilancia y supervisión de las instituciones, sociedades, personas y empresas a que dichas leyes se refieren, así como al desarrollo y actividades de los sectores asegurador y afianzador del país. Para su ejercicio tendrá autonomía y facultades ejecutivas en los términos de dichos ordenamientos. (artículo 1° del R.I.C.N.S.F.).

Cabe hacer la observación, el carácter que va a desempeñar la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas como Organismo Desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público dentro de la administración pública centralizada.

La desconcentración se ha definido como la forma jurídico-administrativa en que la administración centralizada con organismos o dependencias propios, presta servicios o desarrolla acciones en distintas regiones del territorio del país. Su objeto es doble: acercar

la prestación de servicios en el lugar o domicilio del usuario de los mismos, con economía para éste, y descongestionar al poder central.

En el fondo, la desconcentración es distribución de competencias y ésta se puede hacer directamente por la ley, por el reglamento, por un decreto genérico o por delegación administrativa de facultades, contenida en acuerdo general o individual.⁷

De conformidad con lo establecido por el Licenciado Andrés Serra Rojas,⁸ las características de dichos órganos desconcentrados son las siguientes:

- a) El organismo no se desvincula del régimen centralizado;
- b) El poder central conserva, respecto del desconcentrado, facultades de mando, de vigilancia y competencia;
- c) No son económicamente autónomos. Su sostenimiento corre a cargo del presupuesto de egresos de la federación o de la entidad que lo crea y sus ingresos se incorporan al patrimonio federal;
- d) Normalmente la desconcentración se justifica en una autonomía técnica.
- e) El organismo actúa dentro de las facultades de la administración, surgiendo como un organismo inferior que va aumentando su competencia en la medida que otro organismo superior se la cede;
- f) En nuestro país, el órgano desconcentrado se regula por una ley, decreto, acuerdo del ejecutivo federal o el régimen general de una secretaría de estado, aunque puede operar en otras entidades.
- g) El poder central, puede interferir directamente en el organismo correspondiente, fijándoles criterios de política, desarrollo y orientación.

⁷ DICCIONARIO JURIDICO Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, S.A., Séptima Edición, México, 1994, p.1090.

⁸ SERRA ROJAS Andrés, Derecho Administrativo, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., Octava Edición, 1997.

Conforme a las disposiciones que le dan origen y atribuciones, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas tiene como misión: "garantizar al público usuario de los seguros y las fianzas, que los servicios y actividades que las instituciones y entidades autorizadas realizan, se apeguen a lo establecido por las leyes."⁹

Para el cumplimiento de sus funciones y obligaciones la Comisión Nacional de Seguros y fianzas, de conformidad con el Reglamento Interior de la citada Comisión publicado en el Diario Oficial de la Federación del 14 de enero de 1991, contará con:

I. Junta de gobierno;

II. Presidencia;

III. Vicepresidencias;

- De Operación institucional y

- De Desarrollo;

IV. Direcciones Generales;

- De Inspección y Vigilancia de Seguros;

- De Fianzas;

- Técnica;

- De Desarrollo e Investigación;

- De Asuntos Jurídicos;

- De Informática;

- De Administración;

V.- Direcciones de Area;

VI.- Delegaciones Regionales;

VII. Demás servidores públicos necesarios y los que determine la comisión por acuerdo de la junta de gobierno. (artículo 2° R.I.C.N.S.F.).

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 18 de mayo de 1994 se reformó y adicionó dicho Reglamento para que se desarrollen en forma más eficaz las funciones encomendadas a este órgano mediante la resignación de atribuciones; la adecuación de la denominación de algunas direcciones y facultades a efecto de dar mayor precisión a la actuación de la Comisión; y la incorporación de un órgano de control interno

⁹ ACTUALIZACIÓN EN SEGUROS Y FIANZAS, número 1, pag. 5, Editada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

que vigile el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la ley y de los programas, proyectos y presupuestos de la misma.

Mediante Diario Oficial de la Federación de 5 de marzo de 1998, se abroga el Reglamento Interior de la citada Comisión publicado en el Diario Oficial de la Federación del 14 de enero de 1991, expidiéndose con la misma fecha el nuevo reglamento.

La estructura de la aludida Comisión, para el cumplimiento de sus funciones quedó integrada por:

- I. Junta de Gobierno;
- II. Presidencia;
- III. Vicepresidencias;
 - De Operación Institucional, Jurídica y
 - De Análisis y Estudios Sectoriales;
- IV. Direcciones Generales;
 - De Supervisión Financiera;
 - De Supervisión de Reaseguro;
 - De Supervisión Actuarial;
 - De Supervisión del Seguro de Pensiones;
 - De Desarrollo e Investigación;
 - Consultiva, Sanciones e Intermediarios;
 - De Orientación, Conciliación y Arbitraje;
 - De Informática;
 - De Administración;

V.- Contraloría Interna

VI.- Direcciones de Área, Coordinación de Delegaciones y Subcontralorías;

VII.- Delegaciones Regionales;

VIII. Demás servidores públicos necesarios y aquellos que determine la Comisión por acuerdo de la Junta de Gobierno. (artículo 2º R.I.C.N.S.F.).

De conformidad con el artículo 108 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas tendrá las facultades siguientes:

I.- Realizar la inspección y vigilancia que conforme a ésta y otras leyes le competen;

II.- Fungir como Organismo de consulta de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público tratándose del régimen asegurador y en los demás casos que las leyes determinen;

III.- Imponer sanciones administrativas por infracciones a ésta y a las demás leyes que regulan las actividades, instituciones y personas sujetas a su inspección y vigilancia, así como a las disposiciones que emanen de ellas;

IV.- Emitir las disposiciones necesarias para el ejercicio de las facultades que la ley le otorga y para el eficaz cumplimiento de la misma, así como de las reglas y reglamentos que con base en ella se expidan y coadyuvar mediante la expedición de disposiciones e instrucciones a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, y las demás personas y empresas sujetas a su inspección y vigilancia, con las políticas que en esas materias competen a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, siguiendo las instrucciones que reciba de la misma;

V.- Presentar opinión a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público sobre la interpretación a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros o demás relativas en caso de duda respecto a su aplicación;

VI.- Hacer los estudios que se le encomienden y presentar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, las sugerencias que estime adecuadas para perfeccionarlos; así como cuantas mociones o ponencias relativas al régimen asegurador estime procedente elevar a dicha Secretaría;

VII.- Coadyuvar con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en el desarrollo de políticas adecuadas para la selección de riesgos técnicos y financieros en relación con las operaciones practicadas por el sistema asegurador, siguiendo las instrucciones que reciba de la propia Secretaría;

VIII.- Intervenir, en los términos y condiciones que la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros señala, en la elaboración de los Reglamentos y reglas de carácter general a que la misma se refiere;

IX.- Formular anualmente sus presupuestos que someterá a la autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;

X.- Rendir un informe anual de sus labores a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;

XI.- Proveer las medidas que estime necesarias para que las instituciones y sociedades mutualistas de seguros cumplan con los compromisos contraídos en los contratos de seguro celebrados; y

XII.- Las demás que le estén atribuidas por esta ley y otros ordenamientos legales respecto al régimen asegurador, siempre que no se refieran a meros actos de vigilancia o ejecución.

Las instituciones y personas sujetas a su inspección y vigilancia serán:

a) Los agentes de seguros al otorgar y revocar la autorización para su ejercicio como tales y, en su caso, expedirles la cédula correspondiente.

b) Los ajustadores de seguros, al otorgarles y revocarles la autorización para operar como tales, así como al inspeccionar y vigilar sus actividades.

c) Los intermediarios de seguros al otorgarles y revocarles la autorización para operar como tales, así como al inspeccionar y vigilar sus actividades.

Las reaseguradoras extranjeras al realizar funciones de inspección y vigilancia sobre las oficinas de representación cuyo establecimiento haya autorizado la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

CAPITULO II

EL CONTRATO DE SEGURO.

2.1. CONCEPTO DE CONTRATO DE SEGURO.

Del latín contractus, derivado a su vez del verbo contahere, reunir, lograr, concertar. Es un acto jurídico bilateral que se constituye por el acuerdo de voluntades de dos o más personas y que produce ciertas consecuencias jurídicas (creación o transmisión de derechos y obligaciones) debido al reconocimiento de una norma de derecho.¹⁰

Sus elementos esenciales son:

- 1.- El acuerdo de voluntades de las personas, y
- 2.- El objeto de crear o transmitir derechos y obligaciones.

El contrato de seguro es mercantil, ya que no puede realizarse por nadie que no sea una empresa, y se encuentre de conformidad con el artículo 75, fracción XVI del Código de Comercio, que considera actos de comercio a los contratos de seguros de toda especie, siempre que sean hechos con empresas.

Sólo puede practicarse por las instituciones autorizadas por el Estado de conformidad con el artículo 5º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

¹⁰ DICCIONARIO JURIDICO MEXICANO, Instituto Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, 7ª. Edición, México, D.F., 1994, p.691.

El contrato de seguro está regulado, de modo principal, en la Ley Sobre el Contrato de Seguro de 1935, cuya fuente de inspiración fue la Ley Federal Sobre el Contrato de Seguro de Suiza del 2 de abril de 1908.

De conformidad con el artículo 1° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, 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 prevista en el contrato, o sea el riesgo.

Para el Licenciado Luis Ruiz Quiroz,¹¹ de la anterior definición se desprenden los siguientes elementos esenciales específicos del presente contrato como lo son: el riesgo, la prima, la prestación del asegurador y la empresa.

De igual forma el Licenciado Arturo Días Bravo,¹² nos señala la noción prevista en el artículo 1° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no está exenta de reproche. El empleo de la preposición mediante, que equivale a la expresión por medio de, parece indicar que la obligación de la empresa aseguradora sólo surge una vez que se le ha pagado la prima, lo que es inexacto, pues como se verá posteriormente, tal obligación se perfecciona, conforme a la ley mexicana, por el mero consentimiento verbal. Por último, como atinadamente observa Luis Ruiz Rueda, no se trata de una verdadera definición, ya que, aunque refiere el genero próximo, le falta la diferencia específica, por cuanto consigna una dicotomía asegurativa: resarcimiento de daño o pago de una suma de dinero.¹³

De conformidad, con el artículo 36-b de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, los contratos de seguros en que se formalicen las operaciones de seguros que se ofrezcan al público en general como contratos de adhesión, entendidos como tales, aquellos elaborados unilateralmente en formatos, por una institución de seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, los cuales deberán ser registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

¹¹ REVISTA MEXICANA DE SEGUROS, FIANZAS Y FINANZAS, año 49, número 565, abril de 1997, p.20.

¹² DIAZ BRAVO, Arturo, Contratos Mercantiles, Colección de Textos Jurídicos Universitarios, Editorial Harla, México, D.F., 5ª. Edición, 1997, p.130 y sigs.

¹³ IDEM.

Los referidos contratos de adhesión deberán ser escritos en idioma español y con caracteres legibles a simple vista para una persona de visión normal.

La institución de seguros que solicite el registro de un contrato de adhesión, deberá manifestar expresamente a que nota técnica estará relacionada la operación del mismo.

La citada Comisión registrará los contratos señalados y en su caso, los modelos de cláusulas adicionales independientes que cumplan los mismos requisitos, previo dictamen de que los mismos no contienen estipulaciones que se opongan a lo dispuesto por las disposiciones legales que les sean aplicables y que no establecen obligaciones o condiciones inequitativas o lesivas para contratantes, asegurados o beneficiarios de los seguros y otras operaciones a que se refieran.

La citada Comisión, dentro de un plazo de 30 días siguientes a la recepción de la documentación correspondiente, podrá negar el registro señalado cuando a su juicio, los contratos y documentos no se apeguen a lo dispuesto en este artículo y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. De no hacerlo así, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una institución de seguros sin contar con el registro de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a que se refiere este artículo es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercitada por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes, contra la institución de seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

2.2. CLASIFICACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

El licenciado Omar Olvera de Luna,¹⁴ nos da una clasificación general de los contratos, de la forma siguiente:

¹⁴ OLVERA DE LUNA, Omar, Contratos Mercantiles, Editorial Porrúa, S.A., 2ª. Edición, México, D.F., 1987, 2ª. Edición. p.6.

- Contratos nominados e innominados. Son los primeros llamados también típicos, los regulados expresamente en el derecho común; el Código de Comercio regula, entre otros, el de correduría, comisión, depósito, préstamo, compraventa, permuta. Son contratos atípicos o innominados los que, teniendo o no un nombre específico, carecen de reglamentación expresa dentro de la ley; por ejemplo: el suministro, el intercambio publicitario, etc.

Una y otra clase de los contratos ya descritos, pueden dividirse también así:

- Contratos bilaterales o unilaterales, según que hagan nacer obligaciones recíprocas para las partes, o sólo para una de ellas.

- También hay contratos onerosos o gratuitos; en los primeros se estipulan provechos y gravámenes recíprocos; en los gratuitos el provecho es sólo para una de las partes. Los contratos onerosos se subdividen en: conmutativos y aleatorios. En los primeros, las prestaciones que se deben las partes, son ciertas desde el momento mismo en que el contrato se perfecciona en cambio, en los contratos aleatorios, depende de un acontecimiento incierto: que las partes, una, otra, o las dos, obtengan ganancias o sufran pérdidas.

Por último, debemos mencionar los contratos de adhesión, en los que una de las partes fija las cláusulas y una o más partes no hacen sino aceptar dichas condiciones, adhiriéndose así al contrato.

El contrato de seguro se clasifica en que:

1.- Es de adhesión, ya que sus cláusulas las fija una de las partes, y la otra las acepta;

2.- Es aleatorio, pues mediante el mismo las partes contratantes pactan, expresamente, la posibilidad de una ganancia o se garantizan contra la posibilidad de una pérdida, según sea el resultado de un acontecimiento de carácter fortuito;

3.- Es bilateral, ya que en él las partes se obligan recíprocamente la una hacia la otra;

4.- Es consensual por cuanto se establece por el mero consentimiento de las partes;

5.- Es oneroso, ya que cada una de las partes que contrata obtiene una prestación a cambio de otra que ha de realizar;

6.- Esta basado en la buena fe, principio básico y característico de todos los contratos, que obliga a las partes a actuar entre si con la máxima honradez, obligando al asegurado a describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, a fin de que el asegurador tenga una completa información que le permita decidir sobre su denegación o aceptación y, en este último caso aplicar la prima correcta.

El fundamento de esta buena fe se encuentra previsto en el artículo 1813 del Código Civil el cual establece que: "el error de derecho o de hecho invalida el contrato cuando recae sobre el motivo determinante de la voluntad de cualquiera de los que contratan, si en el acto de la celebración se declara ese motivo o si se prueba por las circunstancias del mismo contrato que se celebró éste en el falso supuesto que lo motivó y no por otra causa."

Por lo que se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el artículo 47, establece que: cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º y 10 de la citada ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

7.- De tracto sucesivo, al establecer duración y continuidad.

2.3. MODOS DE CONTRATAR .

La Ley Sobre el Contrato de Seguro habla de seguros por representante (artículo 9), por cuenta de otro (artículo 10), por cuenta propia o de otro (artículo 11), por cuenta de un tercero (artículo 12), y en nombre del mandante (artículo 13).

Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado. (artículo 9 de L.C.S.).

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario. (artículo 10 de L.C.S.).

El seguro podrá contratarse por cuenta propia o por cuenta de otro, con o sin la designación de la persona del tercero asegurado. En caso de duda, se presumirá que el contratante obra por cuenta propia. (artículo 11 de L.C.S.).

El seguro por cuenta de un tercero, obliga a la empresa aseguradora, aún en el caso de que el tercero asegurado ratifique el contrato después del siniestro. (artículo 12 de L.C.S.).

Salvo pacto expreso en contrario, contenido en el contrato de mandato o en la póliza, el mandatario que contrate un seguro a nombre de su mandante podrá reclamar el pago de la cantidad asegurada. (artículo 13 de L.C.S.).

En atención a lo anterior, prácticamente podemos reducir a dos las normas sobre el particular: contrato en nombre propio por cuenta ajena y contrato en nombre ajeno y cuenta ajena. Estas dos formas de actuación son propias del comisionista y del mandatario mercantil.

El contrato por cuenta de otro, puede ser con o sin designación de persona del asegurado. (art. 11). El contrato por comisionista (artículos. 9, 10, 11 y 13 L.C.S.), crea para éste la obligación de información, ya que debe declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos por él o por su representado.

En el apoderamiento para asegurar se supone también comprendida la autorización de cobro (13 de la L.C.S.). El seguro por cuenta de tercero, obliga a la empresa aseguradora aun en el caso de que el tercero asegurado ratifique el contrato después del siniestro.¹⁵

¹⁵ RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Joaquín, Derecho Mercantil, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., 1998, Vigésima Edición, Tomo II, p. 139.

2.4. LA OFERTA.

La oferta, en materia de seguros, es la proposición, escrita que efectúa la persona que aspira a ser asegurada o que desea asegurar algún objeto, a la Compañía Aseguradora, a través de la cual se describe el objeto que se tiende a asegurar así como sus características o se declara las particularidades personales de la persona a fin de que la Compañía Aseguradora tenga el conocimiento necesario de lo que se desea asegurar y cuente con las bases y conocimientos suficientes para emitir la póliza.

Dado su carácter consensual el contrato de seguro, para que exista es suficiente el acuerdo de voluntades.

La oferta y la aceptación se rigen por las normas comunes. No constituyen un precontrato.

Aunque por lo general y en la práctica el asegurador es quien busca el negocio, jurídicamente el asegurado es el proponente; el agente no formula una oferta, sino que invita a hacerla.

En casi todos los seguros la oferta es escrita. Para formular la oferta puede seguirse el sistema de la declaración o de el cuestionario, lo que tiene especial importancia en materia de reticencia.

Por ejemplo, en el seguro de granizo, el cuestionario exige la indicación de lo sembrado, los linderos del campo, la denuncia de los daños existentes, entre otros puntos.

En el seguro de vida, corrientemente es cuestionario, siendo su complejidad variable. Por ejemplo, algunas empresas se limitan a inquirir si actualmente no sufre enfermedad, si goza de buena salud, y no siente síntomas de enfermedad. Otras aseguradoras emplean un cuestionario más detallado en lo que se refiere a las ocupaciones, consumo de bebidas alcohólicas, órganos enfermos y enfermedades, análisis, accidentes, intervenciones quirúrgicas, etc.

La oferta, aunque se redacte con el consejo o colaboración del agente del

asegurador, es un acto unilateral del asegurado, La Compañía Aseguradora forma su concepto del riesgo en base a ella.

La propuesta u oferta, no obliga a la Compañía Aseguradora, aunque ésta es quien entrega el cuestionario o gestiona el contrato, Tampoco obliga al asegurado, hasta en tanto no sea aceptada.

El silencio de la Compañía Aseguradora no significa aceptación, sino rechazo de la oferta. Tampoco está obligada a comunicar su negativa a aceptar la oferta; por lo que no cabe responsabilizarla por su aceptación tardía o su negativa o por el retraso en la respuesta.

Con la aceptación de la oferta, se perfecciona el contrato de seguro. El consentimiento de la Compañía Aseguradora debe ser dado por persona autorizada y comunicado al asegurado.¹⁶

2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO O LA ACEPTACION DE LA OFERTA.

Todo contrato mercantil se perfecciona y adquiere vida plena con el consentimiento manifiesto de las partes en relación, es decir, cuando la propuesta de una parte y la aceptación de otra, coinciden entre sí, siendo precedente de este perfeccionamiento la oferta.

De conformidad con lo establecido por la fracción I del artículo 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el contrato de seguro se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios.

El citado contrato se perfecciona en el momento en que el proponente (asegurado) tenga conocimiento de la aceptación de la empresa a la oferta, es decir que si el solicitante

o proponente a pesar de haber firmado la solicitud, el cuestionario médico, haber pagado el importe de la prima (anticipadamente a la fecha en que se expida la póliza), etcétera, llega a fallecer sin que la empresa aseguradora le hubiera notificado directa o indirectamente que ha aceptado la oferta, el contrato de seguro no se considerará perfeccionado y por lo tanto se considera inexistente.

Asimismo la fracción II del aludido artículo 21 establece que el contrato de seguro no puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima. De acuerdo a lo anterior, no es necesario para la existencia del contrato la emisión de la póliza y mucho menos la entrega de ésta, sino que es suficiente que el solicitante o contratante u oferente tenga conocimiento de la aceptación de su oferta, por parte de la compañía aseguradora, ya sea directamente o a través del agente o promotor.¹⁷

Existen casos de aceptación tácita, previstos en los artículos 6° y 7° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Otra forma de aceptación tácita es que la empresa aseguradora acepte el pago de la prima antes de emitir su aceptación expresa al proponente. Por regla general, las aseguradoras no aceptan el pago de prima antes de la aceptación expresa del seguro propuesto y si lo hacen, acostumbran expedir un recibo de "prima en depósito para aplicarse en caso de que sean aceptados los riesgos propuestos por el oferente". El problema en la práctica surge con la intervención de los agentes de seguros, quienes acostumbran aceptar ofertas y recibir el pago de primas aun antes de conocimiento y aceptación de la empresa.

El Licenciado Oscar Vázquez del Mercado nos menciona que el contrato de seguro no es formal, es consensual. Se entiende así porque la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en el artículo 19 dice que para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas se hará constar por escrito, esto es, la propia ley está determinando que la forma escrita es esencial para que haya contrato. En efecto, basta que la oferta se acepte para que el contrato se perfeccione. Así se establece en el artículo 21 de las tantas veces citada Ley Sobre el Contrato de Seguro. El precepto estatuye que el contrato de seguro se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la

¹⁶ HALPERIN, Isaac. El Contrato de Seguro, Tipográfica Editorial Argentina, Buenos Aires, 1946, p.94.

aceptación de la oferta. Continúa en forma categórica estableciendo que no puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición de pago de la prima.

Una vez perfeccionado el contrato, la propia ley permite que sus efectos queden suspendidos para tener eficacia en momento posterior que las partes mismas convengan. Tratándose de seguro de vida, el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuera necesario, y si no lo fuere a partir de la oferta.¹⁸

La Corte ha establecido que: "el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro consagra tres supuestos: (a) La regla general de que la existencia del contrato de seguro, sus adiciones o reformas, así como el hecho de que el conocimiento de la aceptación de la oferta a que se refiere la fracción I, del artículo 21, del mismo ordenamiento jurídico, precepto que para determinar el momento en que se perfecciona el mencionado contrato, acoge lo que doctrinalmente se conoce como sistema de la información o del conocimiento, se requiere la exhibición de la póliza correspondiente. (b) La falta de la póliza, la existencia de ésta se comprueba con la confesión de la aseguradora; (c) Si ésta al confesar que lo celebró, afirma que el asegurado no tuvo conocimiento de la aceptación de la oferta, el único medio de convicción para acreditar esta última circunstancia, lo es la confesión del asegurado y, en su caso, la declaración o testimonio de sus beneficiarios. Ahora bien, si los actores, con su libelo inicial, acompañan como documento base de la acción la póliza emitida por la ahora quejosa en la que figuran como beneficiarios, y como medio de convicción dentro de la dilación probatoria, exhiben el recibo correspondiente al pago de la primera prima, se surte el primero de los supuestos requeridos para tener comprobado el contrato, ya que en los términos del referido artículo 19, queda restringida procesalmente la libertad del juzgador para estimar la existencia del contrato a dichos documentos, pues con ellos se acredita plenamente la aceptación de la propuesta por parte de la aseguradora y el conocimiento de esa aceptación por el asegurado, a que se refiere la fracción I, del artículo 21, de la citada ley." (Amparo Directo 7028/82. "Seguros Monterrey Serfín, S.A., 9 de marzo de 1993. Unanimidad de 4 votos. Ponente; Gloria León Orantes. Secretario: Marco Antonio Rivera Corellia. Informe 1983. Tercera sala, N°101, pag. 78).

¹⁷ MARTINEZ GIL, José de Jesús, Manual Teórico Práctico de Seguros, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., 1995, 3ª Edición.

¹⁸ VAZQUEZ DEL MERCADO, Oscar, Contratos Mercantiles, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., 1997, 7ª Edición, p. 261.

2.6. LA PÓLIZA.

Se ha definido a la póliza como el documento por el cual se formaliza el contrato de seguro y en el que se establecen las cláusulas que de forma general o particular o especial, regulan las relaciones contractuales convenidas entre la compañía aseguradora y el asegurado, integrándose por una carátula de la póliza, condiciones generales y endoso o endosos, en el que se establecen ciertas modificaciones o aclaraciones al contenido de la póliza contratada. Es el documento principal del contrato de seguro.

De conformidad con el artículo 7° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de ofertas suministrado por la empresa aseguradora, o bien remitirse al proponente para que éste las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa. El proponente no estará obligado por su oferta si la empresa no cumple con esta disposición. En todo caso, las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato, si la empresa le comunica su aceptación dentro de los plazos que fija el artículo 6° de la ley de que se trata, el cual establece que: "se considerarán aceptadas las ofertas de prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato suspendido, hechas en carta certificada con acuse de recibo, si la empresa aseguradora no contesta dentro del plazo de quince días, contados desde el siguiente al de recepción de la oferta, pero sujetas a la condición suspensiva de la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se hará constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cabe recordar que todos los contratos de seguros en que se formalicen las operaciones de seguros que se ofrezcan al público en general como contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos, por una institución de seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, deberán ser registrados ante

la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de conformidad con el artículo 36-b de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. El mismo precepto señala que para cualquier modificación de la documentación de que se trata, también deberá obtener la aprobación que exige este párrafo.

En dicha póliza, el riesgo debe quedar debidamente especificado en tiempo, lugar, personas afectadas, cuantía y naturaleza.

La empresa aseguradora tendrá la obligación de expedir, a solicitud y costa del asegurado, copia o duplicado de la póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta. (artículo 23 de la L.C.S.).

Para que puedan surtir efectos probatorios contra el asegurado, será indispensable que estén escritos en caracteres fácilmente legibles, tanto la póliza como los documentos que contengan cláusulas adicionales de la misma, los certificados individuales de seguro de grupo, los certificados de pólizas abiertas, los certificados provisionales de pólizas, las notas de cobertura, las solicitudes de seguro, los formularios de ofertas suministrados por las empresas y, en general, todos los documentos usados en la contratación del seguro. (artículo 24 de la L.C.S.).

De conformidad con el artículo 25 de la Ley Sobre el 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.

El artículo anterior deberá insertarse textualmente en la póliza. (artículo 26 de la L.C.S.).

Cuando se pierda o destruya una póliza a la orden o al portador, podrá pedirse la cancelación y reposición de la misma. Siguiéndose un procedimiento igual al que establece la ley respectiva para la cancelación y reposición de títulos de crédito extraviados o robados. La nueva póliza que así se obtenga producirá los mismos efectos legales que la desaparecida.

Cuando en una póliza a la orden, cualquier tenedor de ella haya consignado en el endoso respectivo la expresión "no transferible", y lo haga saber a la empresa aseguradora, no será necesario el procedimiento del párrafo anterior, sino que se aplicarán las disposiciones del artículo 23 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. (artículo 27 de la L.C.S.).

En la referida Ley Sobre el Contrato de Seguro, en su artículo 20 se impone a las empresas aseguradoras la obligación de redactar y 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 de la 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;
- VII.- Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes.

En lo que respecta al seguro de transporte terrestre, además de los requisitos de que trata el artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la póliza de seguro de transporte designará:

- I.- La empresa o persona que se encargue del transporte;
- II.- Las calidades específicas de los efectos asegurados, con expresión del número de bultos y de las marcas que tuvieren; y

III.- El punto en donde se hubieren de recibir los géneros asegurados y en el que deben entregarse. (artículo 141 de la L.C.S.).

En lo que respecta al seguro sobre las personas, la póliza de seguro sobre las mismas, además de los requisitos del artículo 20 de la citada Ley Sobre el Contrato de Seguro, deberá contener los siguientes:

I.- El nombre completo y fecha de nacimiento de la persona o 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. (artículo 153 de la L.C.S.).

La póliza de seguro de personas no podrá ser al portador. La nominativa se transmitirá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa aseguradora. La póliza a la orden se transmitirá por medio de endoso que contenga, invariablemente, la fecha, el nombre y el domicilio del endosatario y la firma del endosante. No se admitirá prueba alguna de otra especie en esta forma de transmisión.

En caso de designación de beneficiario, éste puede ceder su derecho mediante declaración que, como lo previene el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deberá constar por escrito y, además, ser notificada al asegurador. (artículo 154 de la L.C.S.).

2.7. FORMAS DE LA PÓLIZA.

De conformidad con el artículo 29 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro las pólizas podrán ser nominativas a la orden o al portador, salvo lo que dispone la Ley Sobre el

Contrato de Seguro, para el contrato de seguro sobre la vida.

La doctrina discute los efectos de la inserción de las cláusulas a la orden y al portador, es decir si transforman a la póliza en un título de crédito.

Para el tratadista Argentino Isaac Halperin,¹⁹ considera que dada su naturaleza - reconocimiento de una obligación, cuya ejecutabilidad depende del cumplimiento de diversas cargas por el tomador o el asegurado -, la póliza no puede circular como un título de crédito, porque no lo es de un derecho abstracto, sino de un derecho concreto, material; por lo que su titular soporta todas las defensas nacidas del contrato. Es decir, que la póliza podrá ser, según los casos, un documento probatorio o un título de legitimación, pero no un título de crédito.

Asimismo por lo que respecta a que si la póliza de seguro es un título-valor, el Licenciado Joaquín Rodríguez Rodríguez, establece que es discutible la consideración de la póliza como título-valor. La ley sobre el contrato de seguro admite que las pólizas pueden ser nominativas, a la orden o al portador, salvo las pólizas de los seguros sobre la vida que han de ser nominativas (ver artículos 29 y 154 de la L.C.S.), y en caso de pérdida o destrucción, se articula un procedimiento para obtener la anulación del título extraviado y la emisión de una nueva póliza, a semejanza del establecido en la ley de títulos y operaciones para la cancelación de títulos extraviados o robados. (art. 27). Pero estos datos son insuficientes para calificar a estos documentos de títulos-valores, mas aun cuando algunos preceptos chocan expresamente con los caracteres propios de los mismos (véase por ejemplo el art. 30 L.C.S.).

Por otra parte, el Licenciado Arturo Díaz Bravo²⁰, manifiesta que la póliza en cuestión no es título de crédito en virtud de que:

a) Carece del atributo de la incorporación, pues, ciertamente no es el documento necesario para ejercitar el derecho al pago, en razón de que, como ya se vio, ni siquiera es indispensable para demostrar la existencia del vínculo contractual;

¹⁹ IDEM.

²⁰ Op. Cit.

b) También carece de otra nota característica de los títulos de crédito, como es la autonomía; el cesionario o endosatario de una póliza adquiere los derechos y obligaciones de su causante, pues así lo dispone el artículo 30 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro;

c) Inútilmente se pretendería que la póliza consignará un derecho literal; la suma asegurada representa, por una parte, el máximo de responsabilidad del asegurador, pero en modo alguno la medida exacta de su obligación, que es aleatoria; por otra parte, en todo seguro de daños, por hipótesis, es imprevisible la realización y monto del evento dañoso, cuya ocurrencia será la que haga nacer el derecho del asegurado.

De igual manera, la Corte ha establecido que: "las pólizas de seguro, cualquiera que sea el riesgo que amparen, no son títulos que traen aparejada ejecución, aún cuando están listadas como tales en el artículo 1391, fracción V, del Código de Comercio. Esto es así, porque la fracción V del citado numeral remite al artículo 441 del mismo Código de Comercio y este dispositivo legal, que estaba comprendido en el título séptimo de aquel cuerpo de leyes, fue derogado por el diverso artículo 196 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, publicada en el diario oficial de la federación el día 3 de agosto de 1935. En consecuencia, sería ilógico aceptar la ejecutividad de un documento en los términos del artículo 441 del código de comercio si este precepto ya no existe por haber sido derogado. (Amparo Directo 272/95. Banco Nacional de México, S.A., 24 de agosto de 1977. Unanimidad de votos. Ponente: Raúl Díaz Aranda. Tribunal Colegiado del Décimo Circuito (Villahermosa). Tribunales Colegiados. Séptima Época. Vol. Semestral 103-108. Sexta parte. Pag.211.)

Por cuanto a que si las pólizas de seguros son documentos endosables, la aludida Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido que: "aun cuando las pólizas de seguros no son documentos que traen aparejada ejecución, pues aunque así lo determina el artículo 1391, fracción V, del Código de Comercio, condiciona tal ejecutividad a las prevenciones del diverso artículo 441 del mismo Código de Comercio, que fue derogado por la Ley Sobre el Contrato de Seguro, tales pólizas pueden ser endosadas; en efecto, el endoso constituye una fórmula que debe ponerse en el documento mismo, por medio del cual se traspasa su propiedad, y en los términos del artículo 27 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las pólizas respectivas pueden ser tramitadas legalmente por endoso, sin que la existencia de tal fórmula en el cuerpo del documento desvirtúe su naturaleza jurídica.

(Tribunal Colegiado del Décimo Circuito. Amparo Directo 272/75. Banco Nacional de México, S.A.. 24 de agosto de 1977. Unanimidad de votos. Ponente: Raúl Díaz Aranda. Tribunales Colegiados. Séptima época. Vol. Semestral 103 - 108. Sexta parte, pag. 211.).

La póliza al portador, por lo general, no tiene más alcance que legitimar el pago a quien presenta la póliza, a fin de que la Compañía Aseguradora no incurra en responsabilidad en la verificación del derecho de quien recibe ese pago. En este caso, el portador no es más que un cesionario, exento del deber de notificar la transferencia, a quien se le puedan oponer todas las defensas existentes. Dicha póliza reconoce al portador el derecho a ser pagado y al asegurador la obligación de pagarte.

Asimismo, de conformidad con lo establecido por el artículo 30 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora podrá oponer al tenedor de la póliza o a los terceros que invoquen el beneficio, todas las excepciones oponibles al suscriptor originario, sin perjuicio de oponer las que tenga contra el reclamante.

2.8. NATURALEZA JURÍDICA.-

Por lo que se refiere a la naturaleza jurídica del contrato de seguro se ha establecido que en el derecho mexicano, la redacción por escrito del contrato de seguro constituye un requisito "ad probationem", no "ad solemnitatem". En efecto, aunque se establece la constancia por escrito del contrato de seguro y de sus reformas y adiciones, ya sea en documento público o privado, para fines de prueba, aunque se admite expresamente la confesional (art. 19 L.C.S.), la perfección del contrato es consensual (art. 21, fracción I), y no puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima (art. 21 L.C.S.).

Resulta, pues, que es esencial para la prueba del contrato que esté redactado por escrito - salvo el caso de confesión. Si bien la esencialidad de la forma no alcanza a que conste precisamente en la póliza.

2.9. OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO.

El objeto del contrato de seguro, difiere según el ramo de que se trate. Por ejemplo en el ramo de vida, el objeto del contrato de seguro tiene como fin cubrir los riesgos que puedan afectar la persona del asegurado en su existencia.

En el ramo de pensiones, derivados de las leyes de seguridad social, el objeto del seguro es el pago de las rentas periódicas durante la vida del asegurado o las que correspondan a sus beneficiarios de acuerdo con los contratos de seguro celebrados en los términos de la ley aplicable.

En el ramo de accidentes personales, el objeto del contrato de seguro es el reembolso del capital erogado con motivo de una lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor del asegurado, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito.

En el ramo de gastos médicos, los contratos de seguros tendrán por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad.

En el ramo de salud, el objeto del contrato es el pago de la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado.

En el ramo de responsabilidad civil, el objeto del contrato de seguro será el pago de la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro.

En el ramo de marítimo y transportes, el objeto del contrato de seguro es el pago de la indemnización por los daños y perjuicios que sufran los muebles y semovientes objeto del traslado, así como la indemnización que resulte por los daños o pérdida de cascos de embarcaciones y de aeroplanos, o por los daños o perjuicios causados a la propiedad ajena

o a tercera personas con motivo de su funcionamiento, pudiéndose adicionar en este ramo el beneficio de responsabilidad civil.

En el ramo de incendio, el objeto del contrato de seguro será la indemnización de todos los daños y pérdidas causados por incendio, explosión, fulminación o accidentes de naturaleza semejante.

En el ramo agrícola y de animales, el objeto del contrato de seguro es el pago de indemnizaciones o resarcimiento de inversiones, por daños o perjuicios que sufran los asegurados por pérdida parcial o total de los provechos esperados de la tierra o por muertes, pérdida o daños ocurridos a sus animales.

En el ramo de automóviles, el objeto del contrato de seguro es el pago de la indemnización que corresponda a los daños o pérdida del automóvil y los daños o perjuicios causados a la propiedad ajena o a terceras personas con motivo del uso del automóvil, pudiéndose adicionar el beneficio de responsabilidad civil.

En el ramo del seguro de crédito, el objeto del contrato de seguro es el pago de la indemnización de una parte proporcional de pérdidas que sufra el asegurado como consecuencia de la insolvencia total o parcial de sus asegurados por créditos comerciales.

En el ramo de diversos, el objeto del contrato de seguro es al pago de la indemnización debida por daños y perjuicios ocasionados a personas o cosas por cualquiera otra eventualidad.

En el ramo de terremoto y otros riesgos catastróficos, el objeto del contrato de seguro es el resarcimiento sufridos a consecuencia de eventos de periodicidad y severidad predecibles que al ocurrir, generalmente producen una acumulación de responsabilidades para las empresas de seguros por su cobertura.

2.10. COMIENZO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Para el tratadista Argentino Isaac Halperin,²¹ el contrato de seguro reconoce tres momentos de iniciación de su vigencia, formal, material y técnico, que pueden no coincidir.

Formalmente comienza con la celebración del contrato; el comienzo material - que generalmente coincide con el formal -, depende corrientemente de cuanto se pacte: es el momento en que el asegurador asume el riesgo; el técnico, es el momento en que se percibe la prima.

Generalmente en la póliza se fijan la hora y el día precisos en que comienza la vigencia del contrato de seguro; generalmente es el medio día.

El comienzo material no debe coincidir con el formal, ya que puede ser anterior, pues es lícito retrotraer la garantía; el asegurador responde por el siniestro ocurrido en el intervalo, y percibe la prima correspondiente a ese plazo.

2.11. FIN DEL CONTRATO DE SEGURO.

El contrato termina normalmente por vencimiento del plazo; esta extinción es automática, aunque el riesgo esté pendiente o el siniestro sea inminente.

Además se extingue por la rescisión, sea por siniestro total, por desaparición del riesgo, por quiebra o por las cláusulas que facultan a ambas partes a rescindir en ciertos supuestos el contrato de seguro contratado, como la terminación anticipada del contrato.

En la terminación anticipada del contrato la partes convienen expresamente en que el contrato podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito.

Cuando la Compañía Aseguradora lo dé por terminado, lo hará mediante notificación por escrito al asegurado, surtiendo efecto la terminación del Seguro después de quince días de practicada la notificación respectiva. La Compañía Aseguradora deberá devolver al

asegurado la totalidad de la prima no devengada a más tardar al hacer dicha notificación sin cuyo requisito se tendrá por no hecha.

2.12. PARTES INTEGRANTES DE LA PÓLIZA DE SEGURO.

Las partes que conforman una póliza de seguro son las siguientes:

2.12.1. LA CARATULA DE LA POLIZA: consiste en el documento a través del cual se especifica el número de la póliza contratada, ramo, coberturas, sumas aseguradas, deducibles, datos del contratante o asegurado, vigencia de la póliza, forma de pago, moneda y en caso de los seguros de vida y gastos médicos la designación de beneficiarios.

2.12.2. CONDICIONES GENERALES: estas, reflejan el conjunto de principios básicos que establece el asegurador para regular todos los contratos de seguro que emita en el mismo ramo o modalidad, estableciendo normas relativas a la extensión y objeto del seguro, riesgos excluidos, forma de liquidación de los siniestros, pago de indemnizaciones, cobro de recibos, etc.

2.12.3. CONDICIONES ESPECIALES O PARTICULARES: recogen aspectos concretamente relativos al riesgo individualizándolo que se asegura.

2.12.4. ENDOSOS: son las cláusulas adicionales que se agregan a la póliza y en las que se establecen los riesgos cubiertos que en determinadas y específicas circunstancias pueden quedar excluidos de las coberturas contratadas o que modifican, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato y que deben señalarse en términos claros y precisos, formando parte del contrato. El artículo 24 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, prevé la existencia de estas cláusulas adicionales fuera de la póliza.

2.12.5. NOTAS DE COBERTURA, CARTA COBERTURA O CUBIERTA PROVISIONAL: las cuales deben agregarse a las condiciones generales de la póliza.

²¹ Ob. Cit., p. 147

2.13. CLASES DE PÓLIZA.

2.13.1. POR LA AMPLITUD DE LOS RIESGOS CUBIERTOS SE DIVIDEN EN:

A) Póliza simple.- Se da ese nombre a aquella en que sólo se cubre una garantía.

B) Póliza combinada o global.- Es aquella en la que simultáneamente, se concede cobertura al asegurado para diferentes riesgos que tienen un nexo común. Ejemplo: el seguro múltiple empresarial que cubre el robo, incendio, responsabilidad civil, etc.

C) Póliza a todo riesgo.- Se designa así a aquella en que, respecto al objeto asegurado, se garantiza conjunta y simultáneamente todos los riesgos que puedan afectarse, por ejemplo la póliza de seguro de automóviles que cubre la responsabilidad civil, daños al vehículo y robo.

2.13.2. POR EL NÚMERO DE ASEGURADOS QUE GARANTICE.

A) Póliza individual.- Es aquella en la que sólo existe una persona asegurada.

B) Póliza colectiva o de grupo.- Se da este nombre a aquella en la que simultáneamente, existen varias personas aseguradas.

2.13.3. POR LA MANERA DE ESTAR DESIGNADO EL TITULAR DE LA PÓLIZA.

A) Póliza nominativa.- Es la que garantiza a la persona en ella designada para tal efecto.

B) Póliza a la orden.- Es aquella que protege a la persona en cuyo favor se emite.

C) Póliza al portador.- En esta, la persona garantizada es aquella que legítimamente la posee.²²

2.14. EMISIÓN DE PÓLIZAS DE SEGURO.

Se entiende por emisión el volumen de negocio de una entidad aseguradora, constituido por el conjunto global de primas que genera la misma, al llevarse a cabo la puesta en circulación de los recibos correspondientes a las pólizas formalizadas.

2.15. ELEMENTOS ESENCIALES.

Los elementos esenciales son los siguientes : La empresa Aseguradora, El riesgo, y la prima mismos que a continuación se detallan.

2.15.1. LA EMPRESA ASEGURADORA.

Se ha definido como la persona que, mediante la formalización de un contrato de seguro, asume las consecuencias dañosas producidas por la realización del evento cuyo riesgo es objeto de cobertura asumiendo, en nuestro país la forma de sociedad anónima o sociedad mutualista.²³

Su actividad se encuentra orientada a la práctica del seguro. Los términos empresa de seguros e institución de seguros son sinónimos, ya que la actividad aseguradora, en la práctica, y en la totalidad de los países, sólo puede ser llevada a cabo por personas jurídicas y mediante alguna de las formas de sociedad que reconocen como válidas las respectivas legislaciones.

Para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros se requerirá la autorización del gobierno federal, que compete otorgar discrecionalmente a la

²² FUNDACION MAPFRE Estudios, Curso de Introducción al Seguro, Itsemep México, S.A. de C.V.

²³ IDEM.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (artículo 5° de la L.G.I.S.M.S.).

Mientras las instituciones o sociedades mutualistas de seguros, no sean puestas en liquidación o declaradas en quiebra, se considerarán de acreditada solvencia y no estarán obligadas, por tanto, a constituir depósitos o fianzas legales, hecha excepción de las responsabilidades que puedan derivarles de juicios laborales, de amparo o por créditos fiscales. (artículo 14 de la L.G.I.S.M.S.).

Por su importancia, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros establece en su Título Primero, cuatro capítulos referentes a la organización, funcionamiento y disposiciones generales de las instituciones de seguros así como de las reaseguradoras

2.15.1.1. PROHIBICIONES CORRESPONDIENTES A LAS ASEGURADORAS.

De conformidad con el artículo 62 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de seguros, a las Instituciones de Seguros les estará prohibido:

- I. Dar en garantía sus propiedades;
- II. Obtener préstamos, a excepción hecha de la emisión que hagan de obligaciones subordinadas convertibles a capital, conforme a lo dispuesto en el artículo 34 fracción X bis de la L.G.I.S.M.S.;
- III. Dar en reporto títulos de crédito;
- IV. Dar en prenda los títulos o valores de su cartera;
- V. Operar con sus propias acciones, salvo en los casos previstos en la Ley del Mercado de Valores;
- VI. (derogada);

VII. Aceptar riesgos mayores de los establecidos en el artículo 37 de la L.G.I.S.M.S.;

VIII. Otorgar avales, fianzas o cauciones;

IX. Comerciar con mercancías de cualquier clase;

X. Entrar en sociedades de responsabilidad ilimitada y explotar por su cuenta minas, plantas metalúrgicas, establecimientos mercantiles o industriales o fincas rústicas, sin perjuicio de la facultad de poseer bonos, obligaciones, acciones u otros títulos de dichas empresas conforme a lo previsto en esta ley. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá autorizar que continúen su explotación cuando las reciban en adjudicación o pagos de adeudos, o para aseguramiento de los ya concertados, o al ejercitar los derechos que les confieran las operaciones que celebren conforme a esta ley, sin exceder los plazos a que se refiere la fracción xi de este artículo;

XI. Adquirir bienes, títulos o valores que no deban conservar en su activo.

Tampoco podrán adquirir los activos a que se refiere el artículo 61 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en exceso de los límites o con recursos distintos a los establecidos por el mismo artículo, con excepción de los que autorice la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;

Cuando una institución reciba en pago de adeudos o por adjudicación en remate dentro de juicios relacionados con créditos a su favor, o al ejercitar los derechos que les confieren las operaciones que celebren conforme a esta ley, bienes derechos, títulos o valores de los señalados en esta fracción, que no deban conservar en su activo, deberá computar su valor estimado en las inversiones con cargo al capital pagado y reservas de capital y venderlos en el plazo de un año a partir de su adquisición, cuando se trate de títulos o bienes muebles; de dos años cuando se trate de inmuebles urbanos; y de tres años cuando se trate de establecimientos mercantiles o industriales o de inmuebles rústicos. Estos plazos podrán ser renovados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas cuando sea imposible efectuar oportunamente su venta sin gran pérdida para la institución.

Expirados los plazos o, en su caso, las renovaciones que de ellos se concedan, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas sacará administrativamente a remate los bienes, derechos, títulos o valores que no hubieren sido vendidos.

XII. Celebrar operaciones en virtud de las cuáles resulten o puedan resultar deudores de la institución, los directores generales o sus equivalentes y las personas que ocupen cargos con las dos jerarquías inferiores a las de aquéllos, salvo que correspondan a prestaciones de carácter laboral otorgadas de manera general; los comisionados propietarios o suplentes, estén o no en funciones; los auditores externos de la institución; o los ascendientes o descendientes en primer grado o cónyuges de las personas anteriores;

Lo dispuesto en esta fracción no se aplicará cuando se trate de préstamos con garantía de las reservas matemáticas de primas; y

XIII. Repartir dividendos con los fondos de las reservas que hayan constituido por disposición legal o de otras reservas creadas para compensar o absorber pérdidas futuras.

Tampoco podrán repartir dividendos, sin haber constituido debidamente tales reservas o mientras haya déficit en las mismas, o la institución tenga faltantes del capital mínimo o del capital mínimo de garantía que exige esta ley, ni en el caso a que se refiere el artículo 105 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

2.15.1.2. ALGUNAS REGLAS QUE DEBEN TENER PRESENTES LAS ASEGURADORAS.

La propaganda o publicidad que las Instituciones de Seguros efectúen en territorio nacional o en el extranjero, se sujetarán a las disposiciones de carácter general que dicte la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Tales disposiciones deberán propiciar que la propaganda o publicidad se exprese en forma clara y precisa, a efecto de que no se induzca al público a engaño, error o confusión sobre la prestación de los servicios de las instituciones de seguros.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá ordenar previa audiencia de la parte interesada, la modificación o suspensión de la propaganda o publicidad, cuando considere que no se sujeta a lo previsto en el artículo 71 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. (artículo 71 de la L.G.I.S.M.S.).

Las Instituciones de Seguros sólo podrán cerrar sus puertas y suspender sus operaciones en los días que al efecto autorice anualmente la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los días autorizados en los términos del artículo 72 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se considerarán inhábiles para los efectos de las operaciones que están facultadas a practicar las instituciones de seguros en los términos de sus autorizaciones respectivas.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que practiquen varias de las operaciones y ramos de seguros que se señalan en el artículo 7° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, deberán llevar los libros, registros y auxiliares que para las distintas operaciones y ramos indique la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para fines de manejo interior y de la inspección y para la graduación de acreedores, en su caso, anotando en ellos lo que corresponda a cada operación o ramo.

Las operaciones en moneda extranjera que practiquen las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, deberán ser asentadas en la contabilidad al valor de la operación en moneda nacional, cualquiera que sea el sistema de registro o de distribución empleado. (artículo 103 de la L.G.I.S.M.S.).

Las aludidas instituciones y sociedades mutualistas de seguros deberán llevar el sistema de contabilidad que previene el código de comercio y los registros y auxiliares que ordene la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales se ajustarán a los modelos que al efecto señale la misma Comisión.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas determinará cuáles son los libros o documentos que por integrar la contabilidad de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, deben ser conservados; cuáles pueden ser destruidos previa microfilmación

que de los mismos hagan dichas instituciones y sociedades en los rollos autorizados por la propia Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y cuáles pueden ser destruidos sin necesidad de microfilmación. También fijarán los plazos de conservación de los mencionados libros y documentos, una vez que dichas instituciones y sociedades hayan sido liquidadas.

Los libros y documentos de las instituciones y sociedades liquidadas se pondrán a disposición de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas proveyéndola de los medios necesarios para su conservación y destrucción una vez transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior. (artículo 102 de la L.G.I.S.M.S.).

2.15.1.3. DE LA INSPECCIÓN Y VIGILANCIA.

Las instituciones de seguros, sociedades mutualistas de seguros y demás personas que en los términos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, estén sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, deberán rendir a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público así como a la propia Comisión, en la forma y términos que al efecto establezcan, los informes y pruebas que sobre su organización, operaciones contabilidad, inversiones o patrimonio les soliciten para fines de regulación, supervisión, control, inspección, vigilancia, estadística y demás funciones que conforme a la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros u otras disposiciones legales y administrativas les corresponda ejercer. (artículo 107 de la L.G.I.S.M.S.).

Las visitas o inspecciones serán practicadas a todas las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, de acuerdo a los programas que elabore la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y que apruebe su junta de gobierno, tomando en cuenta la situación general del sector y las necesidades de cada caso concreto; ello sin perjuicio de las que se practiquen a solicitud de los comisarios, asegurados o de un grupo de accionistas, que presenten datos suficientes a juicio de la propia comisión, para justificar esa visita.

Las visitas tendrán por objeto: revisar, verificar, comprobar y evaluar los recursos, obligaciones, patrimonio, así como las operaciones, funcionamiento, sistemas de control y

en general, todo lo que pudiendo afectar la posición financiera y legal, conste o deba constar en los registros, a fin de que se ajusten al cumplimiento de las disposiciones que las rigen y a las sanas prácticas de la materia.

Las visitas podrán ser ordinarias, especiales o de investigación. Las primeras (ordinarias) se llevarán a cabo de conformidad con un programa anual que apruebe el Presidente de la Comisión. Las segundas (especiales), se practicarán siempre que sea necesario a juicio del Presidente para examinar, y en su caso, corregir situaciones especiales operativas, y las de investigación que tendrán por objeto aclarar una situación específica.

El Presidente de la Comisión podrá designar, en cualquier tiempo y aún en forma permanente, inspectores en las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, que revisen sus operaciones, su situación financiera y vigilen la marcha general de la institución o sociedad mutualista de seguros, así como asignar delegados que verifiquen la labor de estos inspectores.

Las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, así como las demás personas y empresas sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión, estarán obligadas a prestar a los inspectores todo el apoyo que se les requiera, proporcionando los datos, informes, registros, libros de actas, auxiliares, documentos, correspondencia y en general, la documentación, discos, cintas o cualquier otro medio procesable de almacenamiento de datos que tenga la institución y toda aquella que los inspectores estimen necesarios para el cumplimiento de su cometido; pudiendo tener acceso a sus oficinas, locales y demás instalaciones.

Los visitantes e inspectores, serán personas de notorios conocimientos en materia financiera comprobados en los términos que determine el Reglamento Interior de la Comisión, y ni ellos ni el demás personal podrán obtener de las instituciones sujetas a inspección, préstamos o ser sus deudores por cualquier título bajo la pena de destitución inmediata. Se exceptúan las operaciones que se realicen con la aprobación expresa de la Junta de Gobierno de la Comisión. (artículo 110 de la L.G.I.S.M.S.).

2.15.1.4. DECLARACIÓN DEL ESTADO DE DISOLUCIÓN DE LAS INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

Las instituciones y sociedades mutualistas de seguros serán declaradas en estado de disolución en cualquiera de los siguientes casos:

I. Cuando venza el plazo de duración fijado en el contrato social o cuando aquél se dé por vencido anticipadamente de acuerdo con la Ley General de Sociedades Mercantiles;

II. Cuando sea revocada la autorización para operar como institución de seguros o la autorización para operar como sociedad mutualista de seguros;

III. Cuando el capital social se reduzca a menos del mínimo legal;

IV. Cuando, tratándose de sociedades mutualistas, el mínimo de asociados o el volumen de valores asegurados y de cuotas, sean inferiores a los establecidos en esta ley;

y

V. Cuando por cualquiera otra causa, la disolución deba decretarse conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. (artículo 119 de la L.G.I.S.M.S.).

2.15.1.5. DE LA INTERVENCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS.

De conformidad con el artículo 125 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público decretará la intervención de una institución de seguros cuando reiteradamente haya dejado de cumplir sus disposiciones encaminadas a regularizar su situación dentro de la ley, así como cuando la situación económica de la institución determine la necesidad imprescindible de limitar sus actividades o de fijarlas dentro de condiciones técnicas y de economía que puedan remediar la situación creada por una mala administración o por los malos negocios de la sociedad.

El interventor será nombrado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, recibirá todos los bienes, valores y derechos de la sociedad, se encargará del manejo de los negocios sociales y, dentro de un término que no exceda de sesenta días, rendirá un informe detallado sobre la situación económica de la institución disuelta, a fin de que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público fije la duración de la intervención. Dentro del plazo que fije la Secretaría, el interventor desarrollará el plan de economía o de administración que haya sido aprobado por la Secretaría para ajustar el funcionamiento de la sociedad a los términos de la ley. Si a la terminación del plazo aludido no fuere posible obtener la regularización de las operaciones, o antes de dicho plazo, si las condiciones de la sociedad empeoran, la Secretaría declarará la liquidación de la compañía en los términos de esta ley.

Si a la terminación del plazo de intervención o antes de él, la sociedad ha regularizado sus operaciones, cesará la intervención y se devolverán al consejo de administración los bienes, títulos y valores, revocándose el estado de disolución.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público resuelva la liquidación de una institución de seguros, se deberá proceder con arreglo a lo dispuesto en este capítulo, pudiéndose aplicar supletoriamente, en cuanto a lo que no esté previsto en el mismo la Ley de Quiebras y Suspensión de Pagos. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público mandará entregar a un liquidador nombrado por ella, todos los bienes, pólizas, créditos, valores, bienes muebles e inmuebles, libros, archivos, documentos y, en general, todo lo que sea propiedad de la institución. El liquidador, dentro de un plazo de sesenta días siguientes a la fecha en que haya tomado posesión, fijará exactamente el activo y pasivo de la sociedad en liquidación y propondrá por escrito a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la forma en que deba llevarse a cabo. En vista del informe anterior, la Secretaría fijará el término dentro del cual deberá practicarse la liquidación. El liquidador podrá realizar los bienes que fomen el activo de la institución, pero deberá obtener, en cada caso, aprobación expresa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Del activo realizado se deducirán los gastos y honorarios de la liquidación, y el resto se distribuirá entre los tenedores de pólizas en proporción a la reserva técnica correspondiente a cada póliza a la fecha de la declaratoria de disolución y en proporción al valor de las pólizas, para los compromisos vencidos. Los derechos de los asegurados, al hacerse la liquidación de sus pólizas, se valorarán a la fecha de la declaratoria de disolución de la sociedad. Todos los

cálculos que sirvan de base para hacer la distribución del activo entre los asegurados, deberán ser previamente aprobados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Ante ella los asegurados podrán hacer las observaciones que procedan respecto de sus créditos. Para este fin, el liquidador comunicará a cada asegurado el monto de la reserva técnica que le corresponda o, en su caso, el valor de la póliza cuando se trate de compromisos vencidos.

No podrán considerarse los activos afectos a las reservas técnicas a que se refiere el artículo 63 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ni los recursos de terceros a que se refieren las fracciones III, III bis y IV del artículo 34 de la aludida Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros dentro de la masa de la quiebra, ni de la liquidación administrativa, en su caso. (artículo 126 de la L.G.I.S.M.S.).

Al terminar una liquidación, el liquidador dará cuenta por escrito a cada uno de los tenedores de pólizas y demás acreedores de la institución, de haberse terminado la liquidación, haciendo conocer a cada uno de ellos el monto de sus alcances en numerario y poniéndolos a su disposición por un término de seis meses. Además de la comunicación por escrito antes referida, el liquidador notificará a los acreedores, por medio de tres publicaciones, que deberán hacerse con intervalos de quince días una de la otra en el Diario Oficial de la Federación y en otro periódico del domicilio de la sociedad, que ha terminado la liquidación, citándolos para recibir el pago de sus alcances, dentro del término arriba fijado.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público podrá autorizar distribuciones parciales entre los acreedores, sujetándose a las disposiciones que establece el artículo 127 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Transcurrido el término de seis meses concedidos a los acreedores para recibir el pago de los alcances que les resulten, si no hubiesen ocurrido a recogerlos, el liquidador entregará al Banco de México una relación de los pagos pendientes, así como el remanente de los fondos para cubrir su importe. El Banco de México continuará haciendo los pagos correspondientes bajo su responsabilidad hasta por un término de cinco años, transcurrido el cual prescribirán automáticamente las cantidades no cobradas, las que se entregarán al

gobierno federal. Este término de prescripción no es susceptible de suspensión ni de interrupción. (artículo 127 de la L.G.I.S.M.S.).

Si la liquidación no puede practicarse dentro del plazo primitivamente concedido, podrá extenderse por una mitad más el término original. Si dentro de la ampliación anterior el liquidador no concluye las operaciones relativas, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público designará un nuevo liquidador y exigirá al primeramente nombrado las responsabilidades en que hubiere incurrido en el desempeño de su comisión. La Secretaría fijará al nuevo liquidador un término prudente para la terminación de las operaciones de liquidación. (artículo 128 de la L.G.I.S.M.S.).

Los asegurados, beneficiarios, pensionados y reasegurados tendrán el carácter de acreedores con privilegio especial y cobrarán con preferencia a todos los demás acreedores del mismo grado, pero en este caso, siempre deberá prevalecer el derecho de los asegurados, beneficiarios y pensionados sobre el que tengan los reasegurados.

Las reservas técnicas de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, deberán aplicarse en primer lugar al pago de las obligaciones de contratos de seguro y reaseguro y sólo en el caso de que existan remanentes se aplicarán conforme a lo dispuesto por la Ley de Quiebras y Suspensión de Pagos. (artículo 129 de la L.G.I.S.M.S.).

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público ejercerá las atribuciones que le asignan esta ley y demás ordenamientos legales, respecto a la inspección, vigilancia, intervención, quiebra o suspensión de pagos de las instituciones o sociedades mutualistas de seguros por conducto de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, sin perjuicio de que la misma secretaría ejerza directamente dichas atribuciones. (artículo 130 de la L.G.I.S.M.S.).

Los interventores y liquidadores que se designen, serán representantes legales de la institución, tendrán las mismas atribuciones que el consejo de administración, y responderán como mandatarios por los actos que ejecuten excediéndose de los límites de su cargo. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público dará preferencia a las Instituciones Nacionales de Crédito, que puedan actuar como fiduciarias para realizar la intervención y liquidación de instituciones de seguros en los términos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Sus honorarios serán fijados en el momento de su designación por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con cargo a las instituciones afectadas. Las faltas temporales o definitivas de los interventores o liquidadores serán cubiertas por designación inmediata hecha por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Su designación puede ser revocada. Los interventores o liquidadores sustituidos permanecerán en el desempeño de su cargo hasta que hagan entrega a la persona designada para sustituirlos. Deberán, salvo el caso de instituciones fiduciarias, constituir fianza igual al diez por ciento del activo que aparezca en el balance del último ejercicio. Esta fianza no se cancelará sino hasta que hayan sido aprobadas las cuentas del interventor o liquidador, en su caso.

2.15.1.6. FORMAS SOCIALES QUE PUEDEN PRACTICAR EL SEGURO EN MÉXICO.

De conformidad con lo establecido por el artículo 29 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, las instituciones de seguros deberán ser constituidas como sociedades anónimas de capital fijo o variable, con arreglo a lo que dispone la Ley General de Sociedades Mercantiles, en cuanto no esté previsto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

También se presentan las asociaciones de seguros que consisten en la existencia de asociaciones de personas que, sin expedir pólizas o celebrar contratos, actúen como aseguradoras de sus integrantes en cualquier tipo de operación o ramo, salvo en coberturas de naturaleza catastrófica o de alto riesgo por monto o acumulaciones, todo ello sin sujetarse a los requisitos fijados por la ley, pero deberán someterse a las reglas generales que expida la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

2.15.1.7. DERECHOS DEL ASEGURADOR:

Para el Licenciado Arturo Díaz Bravo, en su obra *Contratos Mercantiles*,²⁴ son derechos del asegurador los siguientes:

²⁴ DIAZ BRAVO, Arturo, *Contratos Mercantiles*, Colección Textos Jurídicos Universitarios, Editorial Harla, México, D.F., 5ª. Edición, 1997, p.130.

a) Rescindir el contrato cuando el asegurado agrave circunstancias esenciales del riesgo, aunque prácticamente no lo modifiquen (artículo 63 L.C.S.);

b) Rescindir el contrato en caso de cambio de dueño de la cosa asegurada (artículo 107 de la L.C.S.);

c) Reducir la prestación debida, en caso de que no se le notifique oportunamente la ocurrencia del siniestro (artículo 66 de L.C.S.);

d) Adquirir los efectos salvados del siniestro, mediante pago al asegurado (artículo 116 de la L.C.S.);

e) Elegir como forma de cumplir con su obligación principal, entre el pago, la reposición o la reparación de la cosa asegurada (artículo 116 de la L.C.S.).

2.15.1.8. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR.

1) El pago de la indemnización en los términos previstos en el contrato.- Es la principal obligación del asegurador, motivada por la ocurrencia de un siniestro indemnizable, notificado por el asegurado y determinada por la tasación de los daños producidos por el siniestro en caso de ser procedente el mismo.

En caso contrario tendrá la obligación de notificar al asegurado el rechazo del mismo con base en las normas de la póliza.

2) Entregar al contratante del seguro una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes en los términos del artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

3) La empresa aseguradora tendrá la obligación de expedir, a solicitud y costa del asegurado, copia o duplicado de la póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta. (artículo 23 de L.C.S.).

4) La empresa aseguradora quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro. (artículo 68 de L.C.S.).

5) La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. (artículo 69 de la L.C.S.).

6) Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. (artículo 70 de la L.C.S.).

7) El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permita conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio. (artículo 71 de la L.C.S.).

8) En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la república para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador. (artículo 72 de la L.C.S.).

Si la empresa no cumpliere con la obligación de que trata el artículo 72 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no podrá hacer uso de los derechos que el contrato o esta ley establezcan para el caso de la falta de aviso o de aviso tardío.

9) En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes. (artículo 77 de la L.C.S.).

10) La empresa aseguradora responderá del siniestro aun cuando éste haya sido causado por culpa del asegurado, y sólo se admitirá en el contrato la cláusula que libere a la empresa en caso de culpa grave. (artículo 78 de la L.C.S.).

11) La empresa responderá de las pérdidas y daños causados por las personas respecto a las cuales es civilmente responsable el asegurado; pero se admitirá en el contrato la cláusula de que trata el artículo 78 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. (artículo 79 de la L.C.S.).

Igualmente responderá siempre que el siniestro se cause en cumplimiento de un deber de humanidad. (artículo 80 de la L.C.S.).

12) En los seguros contra los daños, la empresa responde solamente por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor real asegurados. La empresa responderá de la pérdida del provecho o interés que se obtenga de la cosa asegurada, si así se conviene expresamente. (artículo 86 de la L.C.S.).

13) En caso de daño parcial por el cual se reclame una indemnización, la empresa aseguradora y el asegurado tendrán derecho para rescindir el contrato a mas tardar en el momento del pago de la indemnización, aplicándose entonces las siguientes regla:

1.- Si la empresa hace uso del derecho de rescisión, su responsabilidad terminará quince días después de comunicarlo así al asegurado, debiendo reembolsar la prima que corresponda a la parte no transcurrida del período del seguro en curso y al resto de la suma asegurada;(artículo 96 de la L.C.S.).

En el caso anterior, si no se rescinde el contrato, la empresa no quedará obligada en lo sucesivo sino por el resto de la suma asegurada. (artículo 97 de L.C.S.).

14) Salvo pacto en contrario, la empresa aseguradora no responderá de la pérdidas y daños causados por vicio intrínseco de la cosa. (artículo 98 de la L.C.S.).

15) La empresa aseguradora no responderá de las pérdidas y daños causados por guerra extranjera, guerra civil, movimientos populares, terremoto o huracán, salvo estipulación en contrario del contrato. (artículo 99 de la L.C.S.).

16) De conformidad con el artículo 100 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores la existencia de los otros seguros debiendo darse el aviso por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como de las sumas aseguradas.

Si el asegurado omite intencionalmente el aviso de que se trata, o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, los aseguradores quedarán librados de sus obligaciones. (artículo 101 de la L.C.S.).

Los contratos de seguros de que trata el artículo 100, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada una de las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado. (artículo 102 de la L.C.S.).

La empresa que pague en el caso del artículo anterior, podrá repetir contra todas las demás en proporción de las sumas respectivamente aseguradas. (artículo 103 de la L.C.S.).

17) En el seguro contra incendio, la empresa aseguradora contrae la obligación de indemnizar los daños y pérdidas, causados ya sea por incendio, explosión, fulminación o accidente de naturaleza semejante. (artículo 122 de la L.C.S.).

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

La empresa aseguradora, salvo convenio en contrario, no responderá de las pérdidas o daños causados por la sola acción del calor o por el contacto directo e inmediato del fuego de una substancia incandescente, si no hubiere incendio o principio de incendio. (artículo 123 de la L.C.S.).

Si no hay convenio en otro sentido, la empresa responderá solamente de los daños materiales que resulten directamente del incendio o del principio de incendio. (artículo 124 de la L.C.S.).

18) En el seguro de provechos esperados y de ganados, tratándose del seguro contra la enfermedad o muerte de los ganados, la empresa se obliga a indemnizar los daños que de esos hechos se deriven. El valor del interés por la muerte es el valor de venta del ganado en el momento del siniestro, en caso de enfermedad, el valor será el del daño que directamente se realice. (artículo 132 del la L.C.S.).

Cuando la falta de cuidado que debe tenerse con el ganado, diere causa al siniestro, la empresa aseguradora quedará libre de sus obligaciones. (artículo 134 de la L.S.C.).

En el seguro contra la responsabilidad, la empresa se obliga a pagar la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro. (artículo 145 de la L.C.S.).

Los gastos que resulten de los procedimientos seguidos contra el asegurado estarán a cargo de la empresa, salvo convenio en contrario. (artículo 146 de la L.S.C.).

19) Por lo que se refiere al contrato de seguro sobre las personas, si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado. (artículo 162 de la L.C.S.).

20) El seguro temporal, cuya duración sea inferior a diez años, no obligará a la empresa a conceder valores garantizados para el caso de muerte. (artículo 184 de la L.C.S.).

21) La empresa aseguradora estará obligada, aún en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que se el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática. (artículo 186 de la L.C.S.).

22) En el seguro popular la empresa se obliga por la muerte o la duración de la vida del asegurado, mediante el pago de primas periódicas, sin necesidad de examen médico obligatorio. El capital asegurado no excederá de \$5,000.00 en capital o del equivalente en renta. (artículo 190 de la L.C.S.).

23) En el seguro de grupo o empresa, el asegurado se obliga por la muerte o duración de la vida de una persona determinada, en razón simplemente de pertenecer al mismo grupo o empresa mediante el pago de primas periódicas, sin necesidad de examen médico obligatorio. (artículo 191 de la L.C.S.).

2.15.2. EL RIESGO.

Se define como el acontecimiento futuro e incierto cuyas consecuencias son dañosas respecto a las personas o respecto a sus bienes.

También se ha definido como la posible ocurrencia por azar de un acontecimiento o daño que produce una necesidad económica.²⁵

Asimismo se ha establecido que lo que se asegura es el riesgo, no la cosa.

Para el licenciado Omar Olvera de Luna el riesgo puede definirse diciendo que es el evento futuro e incierto de cuya realización depende el nacimiento de la obligación de la empresa aseguradora. Es la eventualidad prevista en el contrato.²⁶

Todos los riesgos no son asegurables. Es menester que reúnan ciertos caracteres

²⁵ Ob. Cit.

²⁶ OLVERA DE LUNA, Omar, Contratos Mercantiles, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., 1987, 2ª. Edición, p. 251

para su limitación e individualización, frecuencia, dispersión e intensidad. La posibilidad de limitación de los riesgos es indispensable para el asegurador. Sólo se llega a definir cada riesgo y a limitarlo con precisión, si puede medirse y apreciarse su valor para fijar la suma asegurada, la prima y la indemnización o el beneficio.

La frecuencia del riesgo es necesaria para la obtención de estadísticas que permitan establecer las probabilidades del siniestro. Cuanto mayor y más precisa sea la observación, mas cuidadas serán las clasificaciones de los riesgos y más homogéneos.

Sólo los hechos futuros pueden constituir riesgos. Los hechos pasados o presentes, aun cuando sean inciertos por no tenerse conocimiento de ellos, no pueden considerarse técnicamente como riesgos, puesto que ya se realizaron, aun cuando no se conozca esa realización, dejando de ser un riesgo para constituir un siniestro. El siniestro no es mas que la actualización o realización del riesgo.

La incertidumbre puede versar sobre el acontecimiento mismo o sobre el momento en que necesariamente ocurrirá ejemplo el seguro de vida para el caso de muerte.

Sin embargo, en nuestra legislación, la incertidumbre acerca de la realización de un hecho pasado se ha equiparado a un riesgo, siempre que sea compartida por ambas partes y expresamente convengan en considerarlo así, es lo que se denomina riesgo putativo, es decir, se considera como tal aunque en realidad no lo sea. La incertidumbre puede versar sobre si se producirá o no el hecho o también respecto al momento o circunstancias en que se realizará.

Es menester que el hecho sea extraño a la voluntad del asegurado o del beneficiario; de ahí que se pierda cualquier derecho de éstos cuando provocan el siniestro o agravan el riesgo.

Esto no excluye que se garanticen los siniestros causados por culpa del asegurado, porque el acontecimiento sigue siendo incierto. Este riesgo derivado de la culpa (o derivado de la acción humana, aunque no sea intencional ni voluntaria) se llama subjetivo; y objetivo, al que es totalmente independiente de la influencia del asegurado esto debido, al uso de cosas peligrosas.

El licenciado Arturo Díaz Bravo ²⁷ alude a la existencia del riesgo objetivo y subjetivo. Establece que "hasta ahora se ha hecho referencia al riesgo objetivo, vale decir, al acontecimiento futuro e incierto; pues bien, hay que agregar que la Ley Sobre el Contrato de Seguro permite asegurar también un acontecimiento pretérito, a condición de que su realización sea incierta para ambas partes: se trata del riesgo subjetivo, que es aquel cuya realización en el pasado desconocen el asegurador y el tomador. En otras palabras: para la validez de un seguro con efectos retroactivos es requisito indispensable el absoluto desconocimiento de las partes acerca de la suerte que, durante el lapso retroactivo de la cobertura, hayan corrido los bienes objeto del contrato.

Así lo disponen los artículos 45 y 88, que además prescriben la nulidad del seguro en el que no haya un riesgo objetivo, o sea del que se celebre respecto de un riesgo que ya se realizó o que sea de imposible realización, si cualquiera de la partes conoce una y otra de tales circunstancias."

Para el licenciado Joaquín Rodríguez Rodríguez ²⁸ manifiesta que el riesgo es el evento posible e incierto, de existencia objetiva, previsto en el contrato, de cuya realización depende el vencimiento de la obligación establecida en el contrato a cargo del asegurador, para atender a la necesidad económica del asegurado, distinguiendo para tal efecto los elementos que componen esta definición:

a) Incertidumbre y posibilidad. El riesgo ha de ser posible e incierto. Si fuera imposible o cierto, no podría celebrarse un seguro sobre el mismo (art. 45 L.C.S.);

b) Objetividad. El riesgo es objetivo; no depende del capricho del asegurado. En esto se diferencia, el riesgo del juego, de que es objeto del seguro.

De conformidad con el artículo 8° de la ley sobre el contrato de seguro el proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que

²⁷ DIAZ BRAVO, Arturo, Contratos Mercantiles, Colección Textos Jurídicos Universitarios, Editorial Harla, México, D.F., 5ª. Edición, 1997, p. 130 y sigs

²⁸ RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Joaquín, Derecho Mercantil, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., 1998, Vigésima Edición, Tomo II, p. 139.

puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deba ser conocidos del representante y del representado. (artículo 9 de L.C.S.).

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario. (artículo 10 de la L.C.S.).

La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que se convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella. (artículo 35 de la L.C.S.).

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiera ya realizado. Sin embargo, los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por convenio expreso de las partes contratantes. En caso de retroactividad, la empresa aseguradora que conozca la inexistencia del riesgo, no tendrá derecho a las primas ni al reembolso de sus gastos, el contratante que conozca esa circunstancia perderá el derecho a la restitución de las primas y estará obligado al pago de los gastos. (artículo 45 de la L.C.S.).

Si el riesgo deja de existir después de la celebración del contrato, éste se resolverá de pleno derecho y la prima se deberá únicamente por el año en curso, a no ser que los efectos del seguro deban comenzar en un momento posterior a la celebración del contrato y el riesgo desapareciere en el intervalo, en cuyo caso la empresa sólo podrá exigir el reembolso de los gastos. (artículo 46 de la L.S.C.).

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (artículo 47 de la L.C.S.).

2.15.2.1. CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO.

2.15.2.1.1. COBERTURA.- Es el riesgo contratado. Es lo que la compañía aseguradora está cubriendo para el caso de que se presente un siniestro y como consecuencia de ello, está la eventualidad prevista en el contrato. Es sinónimo de garantía. La consecuencia de una cobertura otorgada es en principio el pago de la indemnización correspondiente.²⁹

2.15.2.1.2. VALORACIÓN DEL RIESGO.- Entendiéndose por este la apreciación o valoración del monto económico de una cosa, encontrándose entre los tipos de valor el valor convenido y el valor de mercado o real.

2.15.2.1.3. ALTERACIÓN DEL RIESGO.- Con el transcurso del tiempo el riesgo llega a variar presentándose los siguientes conceptos:

2.15.2.1.4. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.- Se ha definido como la situación que se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista.³⁰

El licenciado Luis Ruiz Rueda,³¹ señala que: "hay agravación del riesgo cuando después de la celebración del contrato sobreviene un cambio de las circunstancias que debieron declararse conforme a lo dispuesto en los artículos 8°, 9° y 10° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, siempre que tal cambio determine un aumento en la probabilidad de que se realice un evento dañoso - gravedad del riesgo - o en la magnitud de las consecuencias que puede tener esa realización, o sea en la intensidad del riesgo."

Juan Carlos F. Morandi, en su libro, "El Riesgo en el Contrato de Seguro", establece que "existe agravación de riesgo cuando se produce un cambio en el estado del riesgo

²⁹ MARTINEZ GIL, José de Jesús, Manual Teórico Práctico de Seguros, Op. Cit.

³⁰ FUNDACION MAPFRE Estudios, Curso de Introducción al Seguro, Itsemap México, S.A. de C.V.

estipulado en el contrato, originado por un aumento de su probabilidad o de su intensidad, o por una alteración de las condiciones subjetivas del asegurado que sirvieron al asegurador para fomentarse opinión del estado del riesgo al concluir el contrato, debido a un hecho nuevo, no previsto ni previsible, relevante e influyente, que de haber existido al tiempo de concertarse el contrato habría impedido su celebración o incidido para que no se hiciera en las mismas condiciones." ; Pesa sobre la Compañía Aseguradora la carga de la prueba de que se produjo el hecho y que importa agravación del riesgo. Si en la póliza se mencionan ciertas circunstancias agravantes, el peso de la prueba se invierte: el asegurado debe probar que, a pesar de existir, no se produjo una agravación.

De conformidad con lo señalado por el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca ; si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Asimismo el artículo 53 del citado ordenamiento infiere que para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación. (artículo 54 de la L.C.S.).

³¹ RUIZ RUEDA, Luis, El Contrato de Seguro, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., 1978, 1ª. Edición, p.124

Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. (artículo 55 de la L.C.S.).

Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que comunique su resolución al asegurado. (artículo 56 de la L.C.S.).

Si el contrato comprendiese varias cosas o varias personas, y el riesgo no se agrava sino en lo que respecta a una parte de las cosas o de las personas, el seguro quedará en vigor para las demás, a condición de que el asegurado pague por ellas la prima que corresponda conforme a las tarifas respectivas. (artículo 57 de la L.C.S.).

La agravación del riesgo no producirá sus efectos:

I.- Si no ejerció influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de las prestaciones de la empresa aseguradora;

II.- Si tuvo por objeto salvaguardar los intereses de la empresa aseguradora o cumplir con un deber de humanidad;

III - Si la empresa renunció expresa o tácitamente al derecho de rescindir el contrato por esa causa. Se tendrá por hecha la renuncia si al recibir la empresa aviso escrito de la agravación del riesgo, no le comunica al asegurado dentro de los quince días siguientes, su voluntad de rescindir el contrato. (artículo 58 de la L.C.S.).

En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas. (artículo 60 de la L.C.S.).

2.15.2.1.5. DISMINUCIÓN DEL RIESGO.- Esta se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo

cubierto por una póliza adquiere una peligrosidad inferior a la inicialmente prevista, llevando con esto a una reducción en las primas contratadas.³²

2.15.2.1.6. EXCLUSIÓN DE RIESGOS.- Es la decisión tomada por la compañía de seguros, en virtud de la cual, no quedan cubiertos en la póliza determinados riesgos, o quedando incluidos éstos, las coberturas no surtirán efecto cuando concurren respecto a ellos, determinadas circunstancias o condiciones preestablecidas. Por ese motivo, es que en las pólizas no todos los riesgos quedan cubiertos y por otra parte se establecen exclusiones precisas, o bien, que salvo convenio expreso se puedan asegurar.³³

En ese sentido el artículo 59 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece que: la empresa aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos.

Cuando se aseguren varios riesgos, el contrato quedará en vigor respecto a los que no se afecten por la omisión o inexacta declaración o por la agravación, siempre que se demuestre que la empresa aseguradora habría asegurado separadamente aquellos riesgos en condiciones idénticas a las convenidas. (artículo 61 de la L.C.S.).

En el caso del artículo 61 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el contrato subsistirá también si el asegurado paga a la empresa aseguradora las primas mayores que eventualmente le debe conforme a la tarifa respectiva. (artículo 62 de la L.C.S.).

La empresa aseguradora estará facultada para rescindir el contrato cuando, por hechos del asegurado, se agraven circunstancias esenciales que por su naturaleza debieron modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo. (artículo 63 de la L.C.S.).

En el caso del citado artículo 63 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora deberá notificar la rescisión dentro de quince días contados desde la fecha en que conozca el cambio de las circunstancias. (artículo 64 de la L.C.S.).

³² FUNDACION MAPFRE Estudios, Curso de Introducción al Seguro, Itscmap México, S.A. de C.V.

Por lo que se refiere a la prescripción, todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. (artículo 81 del al L.C.S.).

El plazo anterior, no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. (artículo 82 del la L.C.S.).

Por lo que respecta al seguro contra los daños, el contrato será nulo si en el momento de su celebración la cosa asegurada ha perecido o no puede seguir ya expuesta a los riesgos.

Las primas pagadas serán restituidas al asegurado con deducción de los gastos hechos por la empresa.

El dolo o mala fe de alguna de las partes, le impondrá la obligación de pagar a la otra una cantidad igual al duplo de la prima de un año. (artículo 88 de la L.C.S.).

En caso de pérdida total de la cosa asegurada por causa extraña al riesgo, los efectos del contrato quedarán extinguidos de pleno derecho, pero la empresa aseguradora podrá exigir las primas hasta el momento en que conozca la pérdida. (artículo 89 del la L.C.S.).

Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores la existencia de los otros seguros.

El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como de las sumas aseguradas. (artículo 100 de la L.C.S.).

³³ MARTINEZ GIL, José de Jesús, Manual Teórico Práctico de Seguros, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., 1995, 3ª. Edición.

Si al contratarse el nuevo seguro, el riesgo hubiere comenzado ya a correr para alguno de los aseguradores previos, la reducción no producirá efectos sino a partir del momento en que fue reclamada. (artículo 105 de la L.C.S.).

2.15.2.1.7. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO.

El riesgo ha recibido un sinnúmero de clasificaciones, de los cuales solo se mencionan algunas de ellas.

I. Por su intensidad :

- a) Variable.- Aquel que puede tener consecuencias diferentes.
- b) Constante.- Aquel que siempre tiene los mismos efectos.

II. Por su valoración:

- a) Objetivos.- Son los que pueden ser medidos de acuerdo a estadísticas.
- b) Especiales.- Son los que debido a su magnitud o naturaleza exceden la posibilidad de cobertura de un seguro normal.

III. Por su asegurabilidad:

- a) Asegurable.- Es aquel susceptible de ser asegurado.
- b) No asegurable.- Aquel que no cuenta con elementos suficientes para ser asegurado.

2.15.2.1.8. LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

Las compañías aseguradoras se basan en las siguientes técnicas para establecer y clasificar el tipo de riesgo, su valoración y sus límites de aceptación;

- a) Selección.- Con esta técnica los riesgos a asegurar serán elegidos por sus características.

b) Análisis.- Se busca equilibrar los resultados en base a la clasificación del riesgo, la prevención del mismo, el control de resultado y su evaluación.

c) Distribución.- Técnica para la dispersión de riesgos en atención a la actividad aseguradora.

2.15.2.1.9. LA LEY DE LOS GRANDES NÚMEROS.

La ley de los grandes números es la regla desprendida de la estadística o experiencia registrada que permite determinar la frecuencia y la magnitud o intensidad en la realización de los riesgos.

La ley de los grandes números es parte esencial del fundamento matemático del seguro ; para inferir modelos de comportamiento apoyados en las leyes de probabilidad, el volumen de observaciones debe ser suficiente y en ese sentido, la fuente de información más confiable es, sin duda, la experiencia del propio asegurador, siempre y cuando cuente con una cartera considerablemente grande que sea representativa; de no ser así, podrá utilizar inicialmente la experiencia del mercado.³⁴

2.15.2.1.10. CÁLCULO DE PROBABILIDADES.

La probabilidad estadística es la generalización hecha del fenómeno observado a partir de su constante repetición, infiriendo que se producirá en el futuro.

La observancia de los hechos pasados permite inferir los futuros, por lo menos de una manera aproximada. La observación constante y sistemática de hechos de la misma especie, sujetos al azar y el registro de sus resultados permite calcular con una aproximación extraordinaria las probabilidades de que esos hechos se realicen, así como su magnitud y consecuencias.

³⁴ ACTUALIZACION EN SEGUROS Y FIANZAS, Editado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, México, D.F., 1997, número 7, pag. 19.

En el seguro, el cálculo de probabilidades permite determinar con anticipación las pérdidas totales en grupos homogéneos expuestos a un mismo riesgo, durante un lapso determinado y fijar también la cotización de los mutualizados por el término convenido.

El cálculo de probabilidades se funda en las siguientes observaciones:

- a) El riesgo es general, pero sólo se realiza para unos cuantos.
- b) Debe realizarse en gran número de pruebas cuyos resultados sean casi idénticos.
- c) Mientras mayor es el número de casos posibles en cada prueba, menos difieren los resultados entre sí.

2.15.3. LA PRIMA.

Se podría definir a la prima como la aportación económica en dinero que ha de proporcionar el asegurado a la empresa aseguradora por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo que esta le otorga a fin de esta, una vez presentado el siniestro, esté en posibilidad de pagar la indemnización correspondiente.

También se le ha definido como el precio del seguro, la remuneración del asegurador por las obligaciones que asume; es decir, la contraprestación del asegurado.

De conformidad con lo que establece el Licenciado Oscar Vasquez del Mercado³⁵ manifiesta que la prima debe pagarse en un sólo momento y se llama prima única. En este supuesto, el contratante del seguro cubre la prima en una sola prestación. Por el contrario, la prima puede subdividirse en su pago y se hable entonces de varias prestaciones sucesivas o sea prima periódica o fraccionada.

Corre a cargo del asegurado probar el pago de la prima. La emisión de la póliza por sí sola, no permite presumirlo si nada expresa sobre el punto, o exige la prueba por acto

³⁵ VAZQUEZ DEL MERCADO, Oscar, Contratos Mercantiles, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., 1997, 7ª. Edición, p. 261 y sigs.

separado, aunque la Compañía Aseguradora haya cumplido actos en ejecución de sus obligaciones.

Técnicamente la prima es el costo de la probabilidad media teórica de que hay siniestro de una determinada clase.

Esta debe ser proporcional, entre otros aspectos, a la duración del seguro, al mayor o menor grado de probabilidad del siniestro, a su posible intensidad o costo y, naturalmente, a la suma asegurada.

El asegurador no se limita a cobrar del asegurado, el precio teórico medio de esa probabilidad (prima pura o de riesgo), sino que ha de gravarla con una serie de recargos, tales como:

a) Gastos de administración (cobro de primas, tramitación de siniestros, sueldos de personal de la empresa, etc.);

b) Gastos de producción (comisiones de agentes);

c) Gastos de redistribución de riesgos (coaseguros y reaseguros);

d) Recargo para desviaciones estadísticas y margen de utilidad.

Todos estos recargos convierten la prima pura o prima de riesgo en prima comercial.

Todavía la entidad aseguradora ha de satisfacer otra serie de gravámenes que repercuten sobre la prima comercial mismos que se denominan impuestos y accesorios, lo cuales dan origen a la prima total .

En resumen, los elementos componentes esenciales de la prima son los siguientes:

a) Precio teórico medio de la probabilidad de que ocurra un siniestro;

b) Recargo por gastos de administración, producción, compensación y redistribución de riesgos, mas la ganancia comercial, y

c) Otros gastos accesorios o fiscales repercutibles en el asegurado.

Por ejemplo, bajo el principio de equilibrio técnico, las compañías que operan el seguro de gastos médicos mayores, para el cálculo de la prima de riesgo utilizan fundamentalmente la frecuencia de siniestralidad misma que es definida como número de siniestros entre el número de asegurados en un periodo determinado, que en general es de un año, y el costo esperado de los siniestros se determina como el monto total pagado entre el número de siniestros en un período también regularmente de un año.³⁶

El pago de la prima se instrumenta mediante la emisión del recibo de pago de primas, que es el documento por el que la aseguradora reconoce haber percibido del asegurado y respecto a determinado riesgo, las primas correspondientes a la vigencia que en dicho recibo hace constar.

Cabe señalar que el recibo expedido por la institución de seguros por el pago de primas entregado por conducto de un agente de seguros, se reputa como hecho directamente a la aseguradora por lo que es suficiente que dicho agente entregue el recibo para que se tenga por realizado el pago.

Asimismo la falta de refrendo en el recibo de pago de primas no afecta su validez, ni disminuye el valor probatorio del mismo, pues dicho refrendo tiene como finalidad conocer la persona que físicamente efectúa el cobro, lo cual sólo es útil para efectos de control interno de la institución aseguradora que expide el recibo, salvo que se establezca lo contrario en dicho recibo.

El Licenciado Luis Ruiz Quiroz,³⁷ la prima es considerada por la casi totalidad de los tratadistas mexicanos y extranjeros como elemento esencial del contrato de seguro, pues es la contraprestación a que necesariamente debe obligarse el contratante o tomador del seguro al perfeccionarse este acto jurídico.

³⁶ ACTUALIZACION EN SEGUROS Y FIANZAS, Editado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, México, D.F., 1997, número 7, pag. 19

El seguro, agrega, aún en la época en que se consideraba que podía celebrarse como operación aislada, no se concebía ni podía concebirse, sin el pago de una cantidad por parte del contratante o tomador del seguro, el que asumía la obligación de cubrir el riesgo y en su caso de pagar la indemnización o la suma asegurada, con mayor razón en la actualidad en que sólo puede ser contratado con instituciones autorizadas por el Estado, sujetas a una organización y técnica, requerida por las leyes administrativas.

Expresa, que si se suprimiera la prima de la esencia del seguro, se celebraría un contrato por el que una persona se obligara a pagar una suma de dinero o a pagar una indemnización al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, sin que su contraparte asumiera la obligación de pagar una prima, no estaríamos en presencia de un seguro, sino en un acto gratuito de beneficencia; pero no de un contrato de seguro.

El maestro Arturo Díaz Bravo,³⁸ conforme al derecho positivo mexicano, sin restar importancia a la prima como elemento indispensable en cualquier definición del contrato de seguro, son de más importancia y trascendencia otras obligaciones del tomador, por sus repercusiones en el cumplimiento de la principal obligación del asegurador. Y manifiesta que lo sostiene así por la razón de que, conforme a la tan proclamada consensualidad de nuestra ley, el contrato de seguro tiene plena existencia y validez aunque no se haya expedido la póliza ni pagado la prima (art. 21-II de la L.C.S.); en otras palabras, existe, puesto que surte todos los efectos, aun en ausencia de documento en el que conste y a pesar de la falta de pago de la prima. Más aun, durante los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la que debe pagarse la prima, el contrato surte todos sus efectos en el mismo supuesto de falta de pago (art. 40 de la L.C.S.), luego cualquier siniestro deberá ser pagado por el asegurador, sin que tan inobjetable realidad pueda ser desvirtuada por el hecho de que tal asegurador esté facultado para compensar con la suma indemnizable, el importe de la prima, cosa por lo demás lógica y equitativa.

Agrega que, ¿cual es la enseñanza que de todo ello se obtiene?, Pues no puede ser otra que de la que para la existencia del contrato, durante esos treinta días, no es requisito el pago de la prima, y todo ello sin perjuicio de la definición, que no ha sufrido demérito alguno.

³⁷ REVISTA MEXICANA DE SEGUROS Y FIANZAS Y FINANZAS, año 49, num.565, abril de 1997, p.20.

³⁸ IDEM, num.567, junio de 1997, p.39.

El Licenciado Arturo Díaz Bravo,³⁹ nos indica que el régimen legal mexicano en materia de consecuencias de la mora en el pago de la prima es confuso e incompleto en atención a las siguientes interrogantes:

¿ pueden reanudarse los efectos de un seguro, que cesaron por falta de pago de la prima?; ¿ cuándo ?; ¿ está obligado el asegurador a aceptar el pago en cualquier momento ?; y si lo acepta, ¿ desde cuándo se reanudan los efectos del seguro: en forma retroactiva a la fecha en que habían cesado tales efectos, o bien desde la fecha de pago de la prima omitida?; y de estimarse que el contratante tiene derecho a pagar en cualquier momento la prima omitida, ¿ que puede hacer el asegurador para impedir la existencia ab aeternum de tal derecho ?; demandar judicialmente la rescisión, la resolución o la terminación del contrato?; y promovido, en su caso, el juicio, ¿ podría el contratante neutralizar la acción a través de la exhibición de la prima omitida, aduciendo que sólo habían cesado los efectos del contrato?. Interrogantes tales y sin duda otras más, no encuentran respuesta en la Ley Sobre el Contrato de Seguro."

En atención a lo anterior, es de señalarse que los efectos del contrato de seguro se reanudan automáticamente, en virtud de la aceptación del pago de la prima por la compañía aseguradora, aun cuando dicho pago sea realizado por el asegurado fuera del periodo de gracia que señala el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por lo que los siniestros que ocurran posteriormente a esa fecha deben ser cubiertos.

Asimismo es necesario tener presente el concepto de "periodo de gracia o periodo de espera", durante el cual pueden pagarse las primas debidas. En algunos seguros, dicho periodo es de treinta días, concediéndose el mismo para el pago de la prima. Durante este periodo la póliza se mantiene en vigor, pudiendo presentarse dos casos:

a) Que el siniestro ocurra dentro de ese periodo.- Si el siniestro ocurre, al pagar la reclamación se deduce el importe de la prima demorada, ya que las primas se entienden vencidas al comienzo de la vigencia del contrato y no al fin de cada nuevo periodo, es decir, que vence el primer día de los 30 días naturales siguientes a la fecha de la vigencia del contrato.

³⁹ DÍAZ BRAVO, Arturo, Contratos Mercantiles, Colección Textos Jurídicos Universitarios, Editorial Harla, México, D.F., 5ª. Edición, 1997, p.130 y sigs.

b) Que el siniestro ocurra fuera del periodo de treinta días sin haberse pagado la prima. Si no se pagó la prima dentro de ese plazo y ocurre el siniestro, los efectos del contrato terminarán automáticamente.

En esa virtud, la institución de seguros está obligada a indemnizar al asegurado por el siniestro ocurrido dentro del plazo de gracia de 30 días que otorga el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, aunque no se hubiere hecho el pago de la prima correspondiente, en virtud de que el contrato de seguro surte todos sus efectos de acuerdo con los artículos 21, fracción II y 35 de la ley invocada, respecto de los cuáles no se admite pacto en contrario de acuerdo con lo establecido por el artículo 193 del mismo ordenamiento.

En la práctica, los departamentos de cobranzas de las aseguradoras reciben, se presume que sin mala fe, los pagos de la primera prima o siguiente, después de haber transcurrido el plazo de gracia de 30 días antes aludido, entregando el recibo oficial correspondiente, por lo que de presentarse el siniestro, el reclamante al presentar su póliza y recibo de pago de prima oficial, sin constancia alguna de que fue pagado fuera de los treinta días de gracia, dando por resultado que la aseguradora tendrá la obligación de pagar dicha reclamación.

Cabe aclarar que esta práctica es ilegal porque terminado el contrato no es convalidable por el pago posterior de la prima, y es necesario otro contrato en las mismas condiciones, o la expedición de un endoso.

Se ha manifestado por parte de los aseguradores que reciben de buena fe el cobro de estas primas, pero es responsabilidad de las aseguradoras y de sus departamentos de cobranzas que antes de recibir el cobro de una prima, revisen si el pago está dentro del término de treinta días o fuera de él a fin de evitarse este tipo de conflictos, ya que en la práctica sucede que mientras no ocurra el siniestro se recibe el pago extemporáneo e ilegal de la prima, pero una vez que se presenta el siniestro las aseguradoras eluden su responsabilidad manifestando que el pago fue, como ya se dijo, extemporáneo.

En ese sentido algunas aseguradoras en sus condiciones generales de sus pólizas, dentro de la cláusula de rehabilitación, aclaran que, "en ningún caso, la compañía

responderá de siniestros ocurridos durante el período comprendido entre el vencimiento de plazo de gracia y la hora y día de pago".

Cabe señalar que el hecho de que durante varios años se haya efectuado el pago de la primas fuera del plazo de espera de 30 días a que se refiere el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, no otorga derecho alguno al asegurado para continuar efectuando el pago de dichas primas extemporáneamente.

También cabe destacar que en la práctica, cuando las aseguradoras manifiestan que no recibieron la cantidad a que se refiere un recibo determinado, el cual carece de sello oficial de la empresa aseguradora y desconocen si la firma que aparece en dicho documento sea la del agente de seguros autorizado por ella misma, cesando con esto los efectos del contrato por falta de pago en los términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el artículo 42 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, establece al respecto que: los agentes de seguros sólo podrán cobrar primas contra el recibo oficial expedido por las instituciones y que las primas así cobradas se entenderán recibidas directamente por las aseguradoras. Asimismo el citado artículo también establece que: cuando un agente de seguros vinculado a una institución de seguros por una relación laboral o un contrato mercantil, entrega a una persona recibos o documentos oficiales para la solicitud o contratación de seguros, obligará a la institución en los términos que se hayan establecido en dichos documentos y que los recibos oficiales entregados en esos términos por un agente de seguros, amparando un contrato de seguro en el que se identifiquen los riesgos cubiertos, obligarán igualmente a la institución aseguradora.

En esa virtud, no es óbice, el hecho que la demandada manifieste que el recibo carece de valor probatorio porque carece del sello de la propia compañía aseguradora, toda vez que al tenor del citado ordenamiento legal, las primas cobradas por conducto del agente de seguros contra el recibo oficial expedido por las citadas instituciones, se entenderán recibidas directamente por las aseguradoras, con mayor razón si la aseguradora expresa que el agente es autorizado por la misma empresa aseguradora para intermediar el contrato de seguro, sin que tenga relevancia que el mismo carezca de sello de la misma, toda vez que este hecho es imputable a la propia empresa aseguradora, sin que tenga que afectar al contratante de la póliza de seguro y en todo caso, si el agente de

seguros no ingresó el importe correspondiente a la empresa este hecho es imputable al propio agente y no al contratante de la póliza.

Asimismo, por lo que se refiere a la terminación anticipada del seguro contratado, la Compañía Aseguradora deberá devolver al asegurado la totalidad de la prima no devengada a más tardar al hacer dicha notificación sin cuyo requisito se tendrá por no hecha.

Cuando el Asegurado lo dé por terminado, la Compañía Aseguradora tendrá el derecho a la parte de la prima que corresponda al período durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la tarifa para Seguros a Corto Plazo registrada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En el ramo de automóviles, cuando se contraten dos o más coberturas y antes del fin del período de vigencia pactado, ocurriere la pérdida total del vehículo amparado, la Compañía devolverá, a prorrata, la parte no devengada de la prima o primas correspondientes a las coberturas no afectadas por ese siniestro.

2.15.3.1. CLASES DE PRIMA.

Las primas se clasifican entre otras clasificaciones:

l) En función a su componentes:

a) Prima pura o de riesgo: representa la unidad mas simple y básica del concepto prima, por cuanto significa el costo real del riesgo asumido;

b) Prima comercial: se denomina también prima bruta o prima de tarifa y es la que aplica el asegurador a un riesgo determinado y para una cobertura concreta, integrada por la prima pura más los recargos para gastos generales de gestión y administración, gastos comerciales o de adquisición, gastos de cobranza de las primas, gastos de liquidación de siniestros y ganancia comercial;

II) Según su periodo de calculo y forma de pago:

a) Prima fraccionaria: es la calculada estrictamente para el periodo de tiempo - menor de un año - durante el cual tiene vigencia el seguro;

b) Prima fraccionada: este tipo de prima, aunque calculada en periodos anuales, es liquidada por el asegurado mediante pagos periódicos mas reducidos, (meses, trimestres, etc.);

c) Prima anual: para distinguirla de la prima fraccionada, se da este nombre a la que se satisface de una vez para la cobertura de un riesgo durante 12 meses;

d) Prima única: se trata de una modalidad y cuya consecuencia consiste en que el importe de la misma se satisface de una sola vez, y por adelantado, el tomador del seguro, se libera de la obligación de pagar nuevas cantidades durante la duración del seguro.

III) Según su grado de imputación al negocio de un ejercicio económico se encuentra la prima devengada.- Consiste en la porción de prima correspondiente al periodo de seguro transcurrido durante el periodo en que ha asumido la aseguradora el riesgo. Si por ejemplo, una póliza se suscribe con carácter anual del día 1° de enero de un año, el día 30 de junio de ese mismo año, la prima devengada será del 50% de la que haya correspondido a la anualidad completa.

Por lo respecta a la prima la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece que: "el contratante del seguro estará obligado a pagar la prima en su domicilio, si no hay estipulación expresa en contrario. "

De conformidad con lo establecido por el artículo 22 de la citada Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora tendrá derecho a exigir, de acuerdo con la tarifa respectiva, o en su defecto, conforme a estimación pericial, el importe de los gastos de expedición de la póliza o de sus reformas, así como el reembolso de los impuestos que con este motivo se causan.

Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer periodo del seguro; entendiéndose por periodo del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En caso de duda, se entenderá que el periodo del seguro es de un año. (artículo 34 de la L.C.S.).

La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que se convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella. (artículo 35 de la L.C.S.).

En caso de duda, las primas ulteriores a la del primer periodo del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo periodo. (artículo 36 de la L.C.S.).

En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del periodo que comprenda. (artículo 37 de la L.C.S.).

En caso de que se convenga el pago de la prima en forma fraccionada, cada uno de los periodos de igual duración a que se refiere el artículo 37 de la Ley Sobre el Contrato de seguro, no podrán ser inferiores a un mes. (artículo 38 de la L.C.S.).

En los seguros por un sólo viaje, tratándose de transporte marítimo, terrestre o aéreo y de accidentes personales, así como en los seguros de riesgos profesionales, no se podrá convenir el pago fraccionado de la prima. (artículo 39 de la L.C.S.).

Asimismo de conformidad con lo establecido por el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si no hubiere sido pagada la prima o la fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta 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.

Será nulo cualquier convenio que pretenda privar de sus efectos a las disposiciones del citado artículo 40 de la aludida Ley Sobre el Contrato de Seguro. (artículo 41 de la L.C.S.).

La empresa aseguradora no podrá rehusar el pago de la prima, ofrecida por los acreedores privilegiados, hipotecarios o prendarios, terceros asegurados, beneficiarios o por cualquier otro que tenga interés en la continuación del seguro. (artículo 42 de la L.C.S.).

Si la prima se ha fijado en consideración a determinados hechos que agraven el riesgo y estos hechos desaparecen o pierden su importancia en el curso del seguro, el asegurado tendrá derecho a exigir que en los periodos ulteriores se reduzca la prima conforme a la tarifa respectiva, si así se convino en la póliza, la devolución de la parte correspondiente por el periodo en curso. (artículo 43 de la L.C.S.).

Salvo estipulación en contrario, la prima convenida para el periodo en curso, se adeudará en su totalidad aun cuando la empresa aseguradora no haya cubierto el riesgo sino durante una parte de ese tiempo. (artículo 44 de la L.C.S.).

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado. Sin embargo, los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por convenio expreso de las partes contratantes. En caso de retroactividad, la empresa aseguradora que conozca la inexistencia del riesgo, no tendrá derecho a las primas ni al reembolso de sus gastos, el contratante que conozca esa circunstancia perderá el derecho a la restitución de las primas y estará obligado al pago de los gastos. (artículo 45 de la L.C.S.).

En el seguro contra los daños, el contrato será nulo si en el momento de su celebración la cosa asegurada ha perecido o no puede seguir ya expuesta a los riesgos.

Las primas pagadas serán restituidas al asegurado con deducción de los gastos hechos por la empresa. ... (artículo 88 de la L.C.S.).

Cuando se celebre un contrato de seguro por una suma superior al valor real de la cosa asegurada y ha existido dolo o mala fe de una de las partes, la otra tendrá derecho

para demandar u oponer la nulidad y exigir la indemnización que corresponda por daños y perjuicios.

Si no hubo dolo o mala fe, el contrato será válido, pero únicamente hasta la concurrencia del valor real de la cosa asegurada, teniendo ambas partes la facultad de pedir la reducción de la suma asegurada. La empresa aseguradora no tendrá derecho a las primas por el excedente; pero le pertenecerán las primas vencidas y la prima por el periodo en curso, en el momento del aviso del asegurado. (artículo 95 de la L.C.S.).

En caso de daño parcial por el cual se reclame una indemnización, la empresa aseguradora y el asegurado tendrán derecho para rescindir el contrato a mas tardar en el momento del pago de la indemnización, aplicándose entonces las siguientes reglas:

I. Si la empresa hace uso del derecho de rescisión, su responsabilidad termina quince días después de comunicarlo así al asegurado, debiendo reembolsar la prima que corresponda a la parte no transcurrida del periodo del seguro en curso y al resto de la suma asegurada; y

II. Si el asegurado ejercita ese derecho, la empresa podrá exigir la prima por el período del seguro en curso. Cuando la prima haya sido cubierta anticipadamente por varios periodos del seguro, al empresa reembolsará el monto que corresponda a los periodos futuros. (artículo 96 de la L.C.S.).

La prima es indivisible para cada período de seguro, es decir, por estar calculada para un período determinado conforme a los elementos técnicos enunciados, no es posible dividir la unidad de prima determinada para ese período.

La indivisibilidad se funda en que las primas se calculan por períodos enteros, y la devolución altera los cálculos para afrontar los siniestros; por esta razón, el asegurador debe adquirir definitivamente la prima correspondiente, porque de lo contrario no estaría en condiciones de soportar los riesgos asumidos en base a los numerosos contratos.

En los seguros de daños, si el objeto asegurado cambia de dueño, los derechos y obligaciones que deriven del contrato de seguro pasarán al adquirente. El propietario

anterior y el nuevo adquirente quedarán solidariamente obligados a pagar las primas vencidas y pendientes de pago en el momento de la transmisión de propiedad. (artículo 106 de la L.C.S.).

En los seguros sobre las personas, 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. La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe. (artículo 157 de la L.C.S.).

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

... III.- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad;... (artículo 161 de la L.C.S.).

La empresa aseguradora no tendrá acción para exigir el pago de las primas, salvo el derecho a una indemnización por la falta de pago de la prima correspondiente al primer año, que no excederá del quince por ciento del importe de la prima anual estipulada en el contrato.

No se producirá la cesación automática de los efectos del contrato, cuando en la póliza se hubiere convenido el beneficio del préstamo automático de primas. (artículo 180 de la L.C.S.).

Si después de cubrir tres anualidades consecutivas se dejan de pagar las primas, el seguro quedará reducido de pleno derecho, de acuerdo con las normas técnicas establecidas para el caso. Las cuales deberán figurar en la póliza. (artículo 181 de la L.C.S.).

En el seguro popular la empresa se obliga por la muerte o la duración de la vida del asegurado, mediante el pago de primas periódicas, sin necesidad de examen médico obligatorio. El capital asegurado no excederá de \$5,000.00 en capital o del equivalente en renta. (artículo 190 de la L.C.S.).

En el seguro de grupo o empresa, el asegurado se obliga por la muerte o la duración de la vida de una persona determinada, en razón simplemente de pertenecer al mismo grupo o empresa mediante el pago de primas periódicas, sin necesidad de examen médico obligatorio. (artículo 191 de la L.C.S.).

En el seguro popular y en el seguro de grupo o empresa, el asegurado tendrá la obligación de pagar las primas correspondientes al primer año; y se podrá pactar la suspensión de los efectos del seguro o la rescisión de pleno derecho para el caso en que no se haga oportunamente el pago de las primas. (artículo 192 de la L.C.S.).

2.15.3.2. LA EXTRAPRIMA.

Es el recargo aplicable en algunos casos en atención a las características físicas del riesgo derivada de la manifestación que realiza el asegurado al contratar la póliza correspondiente, presentándose esta extraprima en los ramos de vida y de daños

2.16. ELEMENTOS PERSONALES.

2.16.1. EL ASEGURADO.

Se ha definido como la persona que celebra con una empresa aseguradora un contrato de seguro.

También se ha definido como la persona que contrata el seguro con la entidad aseguradora, comprometiéndose entre otras obligaciones, al pago de las primas

estipuladas y teniendo derecho, en su caso al cobro de las indemnizaciones que se produzcan a consecuencia del siniestro.⁴⁰

2.16.1.1. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.

Son obligaciones del asegurado o contratante:

1) Proceder con buena fe al declarar y describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, así como la fijación real de su valor económico a fin de que la aseguradora tenga la más amplia y completa información que le permita decidir sobre su aceptación o denegación, toda vez que de no hacerlo así caería en la inexactitud en las declaraciones que se han definido como la ocultación de mala fe o dolosa efectuada por el asegurado al exponer la naturaleza o características de los riesgos que le sean cubiertos;

De conformidad con el artículo 8° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado. (artículo 9 de L.C.S.).

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario. (artículo 10 de la L.C.S.).

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8°, 9° y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho al contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (artículo 47 de L.C.S.).

⁴⁰ FUNDACION MAPFRE Estudios, Curso de Introducción al Seguro, Itsemap México, S.A. de C.V.

El contenido específico de la declaración consiste en la comunicación de todas las circunstancias que según el uso no se reputan conocidas por el asegurador. Por esto, del lado positivo, las declaraciones deben ser rigurosamente conformes con la verdad; del lado negativo, no deben contener omisiones (de circunstancias no conocidas de manera cierta por el asegurador), que puedan influir sobre la apreciación del riesgo.

Las circunstancias deben ser importantes para la asunción del riesgo o para que el asegurador juzgue el riesgo a asumir. Es importante toda circunstancia que influye en la celebración del contrato o para fijar sus condiciones; pero no lo son las que determinarán disminuciones en favor del asegurado.

No deben informarse sino las circunstancias particulares del riesgo, y no las generales que afectan a todos o a muchos, que deben considerarse conocidas por el asegurador, por su experiencia.

El asegurado está obligado a informar, sea que contrate por cuenta propia o ajena, sólo o con otros, sea personalmente o por medio de representante legal o convencional, en la medida de su conocimiento. No cabe exigirle que informe sobre circunstancias olvidadas o no conocidas, pero sí imputarle dolo en su falta de conocimiento.

Sí el contrato se celebra por medio de representante o de un tercero sin mandato, también debe considerarse el conocimiento de éstos, incluso el deber de conocer. Cuando el contrato se celebra por cuenta ajena, el conocimiento del asegurado influye en su validez, salvo cuando éste ignora la celebración.

El momento decisivo para establecer el conocimiento por el asegurado, es el comienzo formal del seguro, o cuando se sepa, aún después de formulada la oferta. El conocimiento posterior al comienzo formal puede ser importante para cumplir el deber de informar la modificación del riesgo.

Las circunstancias sobrevinientes a la oferta deben ser comunicadas sin demora, conforme a los medios disponibles.

El tratadista argentino Isaac Halperin,⁴¹ indica que la falsa declaración o reticencia puede darse cuando no se declaran circunstancias importantes, y que se callan por juzgarlas carentes de importancia, o se declara cuanto se cree ser la verdad, o cuando media negligencia para conocer o para llevar el dato a conocimiento del asegurador.

Agrega que la violación no culposa del deber de informar existe cuando la circunstancia callada era desconocida por el informante, o cuando tiene derecho a considerarla no importante o cuando se produce por un tercero por cuya conducta no responde. Existe violación sancionada por la ley, cuando se comete intencionalmente, o por negligencia o por error, cualquiera sea el motivo.

La carga de la prueba de la existencia de la falsedad de declaración, incumbe a la Aseguradora. Debe acreditar que al circunstancia omitida o inexactamente declarada existía al tiempo de la celebración del contrato y el momento en que conoció el verdadero estado de las cosas. Se juzgará con los elementos existentes a la fecha del contrato y si se pactó que el cuestionario forma parte integrante de la póliza, las falsas declaraciones sólo pueden probarse exhibiéndolo y mediante la prueba o dictamen pericial médica correspondiente, la cual se abocará conforme a las peculiaridades del caso, sobre todas las manifestaciones impugnadas del asegurado, y no sólo respecto de una parte de ellas.

El asegurado debe probar su falta de culpa o dolo, o que comunicó el hecho a la Aseguradora, o que éste lo conocía.

La Aseguradora renuncia o pierde el derecho de alegar la reticencia o falsa declaración cuando:

- a) Acepta las respuestas incompletas;
- b) Después de conocer la circunstancia omitida o falseada, percibe nuevas primas o paga indemnizaciones, o, en general ejecuta sus obligaciones;
- c) Emite la póliza conociendo plenamente los hechos.

⁴¹ HALPERIN, Isaac. El Contrato de Seguro, Tipográfica Editorial Argentina, Buenos Aires, 1946, p.106.

2) El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo. (artículo 52 de la L.C.S.).

Si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones generales en contratos del mismo género, el asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones, pero si éstas traen como consecuencia para la empresa prestaciones más elevadas, el contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda. (artículo 65 de la L.C.S.).

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declara inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que le sea solicitada por la misma empresa relacionada con el siniestro y por las cuales puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. (artículo 69 y 70 de la L.C.S.).

Las sanciones establecidas para el caso de que el asegurado o sus causahabientes dejen de cumplir con alguna de sus obligaciones, no serán aplicables si en el incumplimiento no existió culpa de su parte. (artículo 76 de la L.C.S.).

La empresa aseguradora responderá del siniestro aun cuando éste haya sido causado por culpa del asegurado, y sólo se admitirá en el contrato la cláusula que libere a la empresa en caso de culpa grave. (artículo 78 de la L.C.S.).

3) En los contratos de seguro contra daños, cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores la existencia de los otros seguros.

El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como de las sumas aseguradas. (artículo 100 de la L.C.S.).

4) Si el objeto asegurado cambia de dueño, los derechos y obligaciones que deriven del contrato de seguro pasarán al adquirente. El propietario anterior y el nuevo adquirente quedarán solidariamente obligados a pagar las primas vencidas y pendientes de pago en el momento de la transmisión de propiedad. (artículo 106 de L.C.S.).

La empresa aseguradora tendrá el derecho de rescindir el contrato dentro de los quince días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio de dueño del objeto asegurado. Sus obligaciones teminarán quince días después de notificar esta resolución por escrito al nuevo adquirente, pero reembolsará a éste la parte de la prima que corresponda al tiempo no transcurrido .(artículo 107 del la L.C.S.).

No obstante, los derechos y obligaciones del contrato de seguro no pasarán al nuevo adquirente:

I.- Cuando el cambio de propietario tenga por efecto una agravación esencial del riesgo en los términos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro;

II.- Si dentro de los quince días siguientes a la adquisición, el nuevo propietario notifica por escrito a la empresa su voluntad de no continuar con el seguro. (artículo 108 de la L.C.S.).

5) El contratante del seguro estará obligado a pagar la prima en su domicilio, si no hay estipulación expresa en contrario.

6) Notificación del siniestro producido en un plazo máximo de cinco días, (artículo 66 de la L.C.S.);

7) Ocurrido el siniestro, procurar la aminoración de las consecuencias del siniestro, adoptando las medidas de salvamento adecuadas sin llegar a variar el estado de las cosas después del siniestro.

Al ocurrir el siniestro, el asegurado tendrá la obligación de ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño. Si no hay peligro en la demora, pedirá instrucciones a la empresa aseguradora, debiendo atenerse a las que ella le indique.

Los gastos hechos por el asegurado que no sean manifiestamente improcedentes, se cubrirán por la empresa aseguradora, y si ésta da instrucciones, anticipará dichos gastos. (artículo 113 de la L.C.S.).

Sin el consentimiento de la empresa, el asegurado estará impedido de variar el estado de las cosas, salvo por razones de interés público o para evitar o disminuir el daño, pero la empresa aseguradora deberá cooperar para que puedan restituirse a su lugar en el más breve plazo. (artículo 114 de L.C.S.).

Si el asegurado viola la obligación de evitar o disminuir el daño o de conservar la invariabilidad de las cosas, la empresa aseguradora tendrá derecho de reducir la indemnización hasta el valor a que ascendería si dicha obligación se hubiere cumplido. Si dicha obligación es violada por el asegurado con intención fraudulenta, éste quedará privado de sus derechos contra la empresa. (artículo 115 de la L.C.S.).

8) En el seguro de provechos esperados y ganados, en el seguro contra los daños causados por el granizo, el aviso del siniestro debe darse precisamente dentro de las veinticuatro horas siguientes a las de su realización. En esta clase de seguro no será aplicable la disposición del artículo 114 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y el asegurado tendrá la facultad de variar el estado de las cosas de acuerdo con las exigencias del caso. (artículo 131 de L.C.S.).

9) En el seguro de transporte terrestre, el asegurado no tendrá obligación de avisar la enajenación de la cosa asegurada ni de denunciar a la empresa la agravación del riesgo. (artículo 144 de la L.C.S.).

2.16.2. EL BENEFICIARIO.

Es la persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de

los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.⁴²

Este beneficiario juega un papel muy importante en los seguros sobre las personas.

De conformidad con lo establecido por el artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en el seguro de vida, 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.

El asegurado, aún en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. (artículo 164 de la L.C.S.).

El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, lo comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza, y esta constancia será el único medio de prueba admisible. (artículo 165 de la L.C.S.).

Salvo lo dispuesto en el artículo 164 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la cláusula beneficiaria establece en provecho del beneficiario un derecho propio sobre el crédito que esta cláusula le atribuye, el cual podrá exigir directamente de la empresa aseguradora. (artículo 166 de la L.C.S.).

Los efectos legales de la designación del beneficiario quedarán en suspenso cuando se declare en estado de concurso o quiebra al asegurado o se embarguen sus derechos sobre el seguro, pero se restablece de pleno derecho si el concurso, quiebra o secuestro quedaren sin efecto. (artículo 167 de la L.C.S.).

⁴² Ob. Cit. 36

Cuando el asegurado renuncie en la póliza a la facultad de revocar la designación del beneficiario, el derecho al seguro que se derive de esta designación no podrá ser embargado ni quedará sujeto a ejecución en provecho de los acreedores del asegurado, en caso de concurso o quiebra de éste. (artículo 168 de la L.C.S.).

Si el asegurado designa como beneficiario a su cónyuge o a sus descendientes, el derecho derivado de la designación de beneficiario y el del aseguramiento no serán susceptibles de embargo, ni de ejecución por concurso o quiebra del asegurado. (artículo 169 de la L.C.S.).

Declarado el estado de quiebra o abierto el concurso de un asegurado, su cónyuge o descendientes beneficiarios de un seguro sobre la vida sustituirán al asegurado en el contrato, a no ser que rehusen expresamente esta sustitución.

Los beneficiarios notificarán a la empresa aseguradora la transición del seguro, debiendo presentarle prueba auténtica sobre la existencia del estado de quiebra o concurso del asegurado.

Si hay varios beneficiarios, designarán un representante común que reciba las comunicaciones de la empresa. Esta podrá enviarlas a cualesquiera de ellos, mientras no se le dé a conocer el nombre y domicilio del representante. (artículo 170 de la L.C.S.).

Cuando los hijos de una persona determinada figuren como beneficiarios sin mención expresa de sus nombres, se entenderán designados los descendientes que debieran sucederle en caso de herencia legítima. (artículo 171 de la L.C.S.).

Por el cónyuge designado como beneficiario se entenderá al que sobreviva. (artículo 172 de la L.C.S.).

Por herederos o causahabientes designados como beneficiarios deberá entenderse, primero, los descendientes que deban suceder al asegurado en caso de herencia legítima y el cónyuge que sobreviva, y después, si no hay descendientes ni cónyuges, las demás personas con derecho a la sucesión. (artículo 173 de la L.C.S.).

Si el derecho del seguro se atribuye conjuntamente como beneficiario, a los descendientes que sucedan al asegurado y al cónyuge que sobreviva, se atribuirá una mitad a éste y la otra a los primeros, según su derecho de sucesión. (artículo 174 de la L.C.S.).

Cuando los herederos diversos a los que alude el artículo 174 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, fueren designados como beneficiarios, tendrán derecho al seguro según su derecho de sucesión.

Esta disposición y la del artículo 174 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se aplicarán siempre que el asegurado no haya establecido forma de distribución del seguro. (artículo 175 de la L.C.S.).

Si el asegurado omitiere expresar el grado de parentesco o designare como beneficiario de su póliza a personas que lo deben suceder como herederos y faltare indicación precisa de la porción que corresponda a cada una, el seguro se distribuirá entre todas ellas por partes iguales. (artículo 176 de la L.C.S.).

Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás. (artículo 177 de la L.C.S.).

Aún cuando renuncien a la herencia los descendientes, cónyuge supérstite, padres, abuelos o hermanos del asegurado, que sean beneficiarios, adquirirán los derechos del seguro. (artículo 178 de la L.C.S.).

Si el derecho que dimana de un seguro sobre la vida contratado por el deudor como asegurado y beneficiario, debiera rematarse a consecuencia de su embargo, concurso o quiebra, su cónyuge o descendientes podrán exigir, con el consentimiento del deudor, que el seguro les sea cedido mediante el pago del valor de rescate. (artículo 179 de la L.C.S.).

El beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra la persona del asegurado. Si la muerte de la persona asegurada es causada injustamente por quien celebró el contrato, el seguro será ineficaz, pero los herederos del asegurado tendrán derecho a la reserva matemática. (artículo 185 de la L.C.S.).

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 antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática. (artículo 186 de la L.C.S.).

El seguro colectivo contra los accidentes dará al beneficiario un derecho propio contra la empresa aseguradora desde que el accidente ocurra. (artículo 188 de la L.C.S.).

Cabe destacar que existen y han existido casos en que por falta de información del asegurado la designación de beneficiario no ha surtido efectos de acuerdo a su voluntad. Tal situación se ha presentado cuando el asegurado ha designado beneficiarios a sus hijos, aclarando que en caso de minoría de edad, la suma asegurada se pague a un tercero (cónyuge, concubina o a algún pariente) y la persona designada recibe la suma asegurada y la utiliza en su beneficio, ignorando la suerte de los menores.

Con el fin de evitar tan injusta situación, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas ha establecido criterios y marcado lineamientos encaminados a solucionarla, habiendo emitido al respecto la Circular s-8.2 de 1° de marzo de 1993, dirigida a las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y a los agentes autorizados para realizar e intermediar operaciones de vida y accidentes y enfermedades en el país, que aparece como anexo a este tema.

2.16.3. EL TERCERO DAÑADO.

Es quien ha sufrido un daño en su persona, en sus derechos, bienes o intereses.⁴³

En el seguro contra la responsabilidad, la empresa se obliga a pagar la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro. (artículo 145 de la L.C.S.).

Los gastos que resulten de los procedimientos seguidos contra el asegurado estarán a cargo de la empresa, salvo convenio expreso. (artículo 146 de la L.C.S.).

El seguro contra la responsabilidad atribuye el derecho a la indemnización directamente al tercero dañado, quien se considerará como beneficiario del seguro desde el momento del siniestro.

En caso de muerte de éste, su derecho al monto del seguro se transmitirá por la vía sucesoria, salvo cuando la ley o el contrato que establezcan para el asegurado la obligación de indemnizar, señale los familiares del extinto a quienes deba pagarse directamente la indemnización sin necesidad de juicio sucesorio. (artículo 147 de la L.C.S.).

Si el tercero es indemnizado en todo o en parte por el asegurado, éste deberá ser reembolsado proporcionalmente por la empresa. (artículo 149 de la L.C.S.).

En lo que se refiere al contrato de seguro sobre las personas, el seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada. (artículo 156 de la L.C.S.).

Podrá constituirse el seguro a favor de una tercera persona, expresando en la póliza el nombre, apellido y condiciones de la persona asegurada o determinándola de algún otro modo indudable. (artículo 187 de la L.C.S.).

2.17. ELEMENTOS MATERIALES.

El contrato de seguro cuenta con los siguientes elementos materiales:

Son el interés asegurable, la suma asegurada, el siniestro, su valorización, la indemnización.

2.17.1. EL INTERÉS ASEGURABLE.- El licenciado Oscar Vasquez del Mercado,⁴⁴ establece que, en el contrato de seguro, el interés es un elemento fundamental. El tomador del seguro, o en su caso, el tercero a favor de quien se contrata, deben tener un interés en

⁴⁴ FUNDACION MAPFRE Estudios, Curso de Introducción al Seguro, Itsemap México, S.A. de C.V.

que el riesgo contratado no se convierta en siniestro, de manera que el evento dañoso no ocasione una disminución patrimonial. Encontramos pues, que el daño económico que se produce por el siniestro, es el valor del interés asegurado.

Se ha establecido que el interés asegurable constituye el objeto del contrato; su existencia es esencial para legitimar el contrato porque en el seguro de daños, es la medida para la indemnización; el interés asegurado limita el alcance de los daños indemnizables, debiendo existir al tiempo de la celebración del contrato.

También se ha establecido que el interés asegurado es la relación entre un sujeto y un objeto amenazado por un hecho determinado, es decir que el interés asegurable depende de tres elementos: un bien, la relación jurídica con éste, y su exposición a un riesgo determinado. Respecto del interés hay que valorar el grado de utilidad que representa para el sujeto, es decir, hay que determinar la medida de su valor, para así considerar el grado de utilidad para satisfacer una necesidad económica.

La fijación del valor no es indispensable, su omisión sólo impone estar al valor de la cosa al tiempo del siniestro.

En la medida que el evento produzca una mayor o menor necesidad, así se determinará el interés del sujeto en que no se produzca.

Por otra parte, el licenciado Joaquín Rodríguez Rodríguez,⁴⁵ establece que no hay riesgo asegurable si no hay interés en que aquél no se produzca. El seguro no puede ser una causa de lucro, sino de disminución o supresión de un daño, en sentido económico al menos. La ley mexicana de seguros no define el interés, pero sí da suficiente referencia del mismo para que nosotros podamos establecer un concepto. Numerosos artículos hablan del interés como el 42, 85, 86, 87, 92, 100, 114, 129, 130, 140 y 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. De todos ellos, se deduce que el interés es la titularidad económica o el vínculo económico en virtud del cual la necesidad económica que provoca la producción del riesgo repercute desfavorablemente en un determinado patrimonio. Decimos que es una

⁴⁴ VAZQUEZ DEL MERCADO, Oscar, Contratos Mercantiles, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., 1997, 7ª. Edición, p. 261 y sigs.

⁴⁵ RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Joaquín, Derecho Mercantil, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., 1998, Vigésima Edición, Tomo II, p. 139.

titularidad económica, un vínculo económico, porque pueden tener interés personas que no tienen ya, o no tienen todavía, un vínculo jurídico en el sentido de relación de dominio (artículos 42 y 140 de la L.C.S.).

De conformidad con lo previsto por el artículo 91 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, para fijar la indemnización del seguro se tendrá en cuenta el valor del interés asegurado en el momento de la realización del siniestro.

Salvo convenio en contrario, si la suma asegurada es inferior al interés asegurado, la empresa aseguradora responderá de manera proporcional al daño causado. (artículo 92 de la L.C.S.).

Por lo que respecta al seguro contra daños, todo interés económico que una persona tenga en que no se produzca un siniestro, podrá ser objeto del contrato de seguro contra los daños. (artículo 85 de la L.C.S.).

El licenciado José de Jesús Martínez Gil,⁴⁶ manifiesta que el interés asegurable ha sido definido como una relación entre la persona y el objeto del seguro capaz de hacer sufrir a aquella una pérdida financiera o económica en el caso de que ocurra la contingencia contra la que se ha asegurado. Desde el punto de vista técnico, la existencia del contrato sin interés asegurable produciría necesariamente un aumento de siniestralidad.

De lo anterior se concluye que quien no esté por cualquier causa expuesto al riesgo de sufrir una pérdida o daño de carácter económico, como consecuencia del acaecimiento de un suceso perjudicial, carece de justificación para asegurarse contra los efectos del citado suceso.

Cuando el interés asegurado consista en que una cosa no sea destruida o deteriorada, se presumirá que el interés asegurado equivale al que tendría un propietario en la conservación de la cosa.

⁴⁶ MARTINEZ GIL, José de Jesús, Manual Teórico Práctico de Seguros, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., 1995, 3ª. Edición.

En atención a lo anterior, el artículo 86 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro estatuye que la empresa aseguradora responde solamente por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor real asegurados. La empresa responderá de la pérdida del provecho o interés que se obtenga de la cosa asegurada, si así se conviene expresamente.

Cuando se asegura una cosa ajena por el interés que en ella se tenga, se considerará que el contrato se celebra también en interés del dueño; pero éste no podrá beneficiarse del seguro, sino después de cubierto el interés del contratante y de haberle restituido las primas pagadas. (artículo 87 de la L.C.S.).

El contrato de seguro puede, ser celebrado por quien, sin ser dueño, está expuesto a pérdida económica, teniendo por consecuencia, un interés asegurable, siendo requisito indispensable que al celebrarse el contrato de seguro, exista tal interés.

Las partes podrán fijar en el contrato el valor estimativo de la cosa asegurada para los efectos del resarcimiento del daño. (artículo 93 de la L.C.S.).

Por lo que respecta al seguro de transporte terrestre, podrán asegurar, no sólo los dueños de las mercancías transportadas, sino todos los que tengan interés o responsabilidad en su conservación, expresando en el contrato el concepto por el que se contrata el seguro.

2.17.1.1. REGLAS DE OPERACIÓN DEL INTERÉS ASEGURABLE.

El licenciado Arturo Díaz Bravo,⁴⁷ establece que: "el interés económico asegurable trae consigo la necesaria aplicación de ciertas reglas:

a) La pérdida total de la cosa asegurada, por razones ajenas al riesgo cubierto, acarrea la anticipada terminación del contrato. (art. 89 de la L.C.S);

⁴⁷ DÍAZ BRAVO, Arturo, Contratos Mercantiles, Colección Textos Jurídicos Universitarios, Editorial Harla, México, D.F., 5ª. Edición, 1997, p.130 y sigs.

b) La disminución esencial de valor de la cosa asegurada da lugar a la reducción de la suma asegurada, con la consecuente reducción en el monto de la prima (art. 90 de la L.C.S);

c) El sobreseguro, esto es, el seguro contratado por una suma superior al real valor de la cosa, es válido sólo hasta la concurrencia de este último y, por supuesto, da lugar a la reducción de la suma asegurada y de la prima; pero si al determinarse la suma original hubo "dolo o mala fe de una de las partes, la otra tendrá derecho para demandar u oponer la nulidad y exigir la indemnización que corresponda por daños y perjuicios".(art. 95 de la L.C.S);

d) En caso de doble seguro, o sea, el contratado con dos o más aseguradores contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado o, aunque no lo especifica la ley, el contratante, debe informar por escrito a cada uno de los aseguradores sobre la existencia de los demás seguros (art. 100 de la L.C.S);

Recordando que si el asegurado omite intencionalmente el aviso a los demás aseguradores libera a éstos de sus obligaciones, así como el hecho de que los diversos seguros se contraten con la intención de obtener un provecho ilícito. (artículo 101 de la L.C.S).

Agrega que así surge el coaseguro, que en la práctica se presenta con frecuencia involuntariamente, sobre todo en el seguro de transportes y en el de automóviles, pues los seguros respectivos son contratados por diferentes tomadores. Para salvar las intrincadas y cotidianas situaciones que plantean en el seguro de automóviles, el coaseguro superveniente y el entrecruzamiento de responsabilidades e indemnizaciones, en varios países, México entre ellos, los aseguradores del ramo han celebrado un convenio de golpe por golpe, con arreglo al cual, en caso de siniestro en el que participen dos o más asegurados de empresas firmantes del convenio, cada una de éstas resarce a su propio asegurado sin consideración de la responsabilidad que le haya incumbido en el siniestro.

2.17.2. LA SUMA ASEGURADA.

Se ha definido como el valor atribuido por el titular de un contrato de seguro a los bienes cubiertos por la póliza y cuyo importe es la cantidad máxima que el asegurador esta obligado a pagar en caso de siniestro.⁴⁸

El valor que se establece en la póliza, no necesariamente determina el monto indemnizable, sino la suma máxima que deberá la Compañía Aseguradora en caso de siniestro.

Se ha establecido la regla de que la indemnización es al daño, como la suma asegurada es al valor asegurable, estableciendo las siguientes soluciones:

a) si el siniestro es total, se indemnizará por todo el monto asegurado;

b) si el siniestro es parcial, sólo en la proporción que resulte de la relación entre la suma asegurada y el valor total asegurable.

En el seguro contra daños, la empresa aseguradora responde solamente por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor real asegurados. La empresa responderá de la pérdida del provecho o interés que se obtenga de la cosa asegurada, si así se conviene expresamente. (artículo 86 de la L.C.S);

En éste punto cabe hacer la observación que al asegurado le corresponde la carga de la prueba del daño, debe acreditarlo satisfactoriamente así como su monto; es necesario que pruebe la existencia de la cosa, y su valor al tiempo del siniestro. La descripción de la cosa y su valor fijado en la póliza no prueban su existencia ni su valor al tiempo del siniestro: sólo establecen el límite máximo de la responsabilidad del asegurador y la base para liquidar la prima: son declaraciones unilaterales del tomador, que el asegurador generalmente no verifica.

En caso de presentarse la exageración de los daños, corresponde la carga de la prueba para desvirtuarla a la Compañía Aseguradora.

No existirá exageración dolosa cuando el reclamo se supedita a lo que fijen los peritos que para tal efecto se nombren a fin de determinar el monto del daño.

Si el valor asegurado sufre una disminución esencial durante el curso del contrato, cada uno de los contratantes tendrá derecho a exigir la reducción correspondiente de la suma asegurada, en cuyo caso la prima sufrirá la reducción proporcional para los periodos posteriores del seguro. (artículo 90 de la L.C.S);

Para fijar la indemnización del seguro se tendrá en cuenta el valor del interés asegurado en el momento de la realización del siniestro. (artículo 91 de la L.C.S);

Salvo convenio en contrario, si la suma asegurada es inferior al interés asegurado, la empresa responderá de manera proporcional al daño causado. (artículo 92 de la L.C.S);

Las partes podrán fijar en el contrato el valor estimativo de la cosa asegurada para los efectos del resarcimiento del daño. (artículo 93 de la L.C.S);

Cuando se celebre un contrato de seguro por una suma superior al valor real de la cosa asegurada y ha existido dolo o mala fe de una de las partes, la otra tendrá derecho para demandar u oponer la nulidad y exigir la indemnización que corresponda por daños y perjuicios.

Si no hubo dolo o mala fe, el contrato será válido, pero únicamente hasta la concurrencia del valor real de la cosa asegurada, teniendo ambas partes la facultad de pedir la reducción de la suma asegurada. La empresa aseguradora no tendrá derecho a las primas por el excedente; pero le pertenecerán las primas vencidas y la prima por el periodo en curso, en el momento del aviso del asegurado. (artículo 95 de la L.C.S);

Cabe aclarar que si en una póliza de seguro aparece como suma asegurada una cantidad determinada y la aseguradora invoca que por un error se puso esa cantidad debiendo ser una menor, el error mecanográfico que se invoque no es bastante para liberar a la empresa de la obligación que contenga la propia póliza por ser el documento en el que se consignan los derechos y las obligaciones.

⁴⁸ FUNDACION MAPFRE Estudios, Curso de Introducción al Seguro, Itsemap México, S.A. de C.V.

2.17.3. EL SINIESTRO.

Se ha definido al siniestro como la realización material del interés asegurado.

Asimismo se ha definido al siniestro como la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce los daños garantizados en la póliza hasta determinada cuantía. Es pues, un acontecimiento que, por causar los daños concretos previstos en la póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio, obligando a la entidad aseguradora a satisfacer, total o parcialmente, al asegurado o beneficiarios, el capital garantizado en el contrato. En el ámbito del seguro marítimo, al siniestro se le denomina avería.⁴⁹

Para que la empresa aseguradora esté obligada a cumplir con el contrato de seguro debe comprobarse tanto la realización del siniestro, como que el bien asegurado resultó perdido o dañado, correspondiendo la carga de la prueba de la realización del siniestro al asegurado, pesando sobre la Compañía Aseguradora la prueba de que el siniestro ha sido causado por un riesgo excluido.

En la práctica algunas compañías de seguros pretenden eludir su responsabilidad en el pago de la indemnización pretextando que no se les dio el aviso del siniestro dentro de los cinco días. Otras, no declinan la reclamación, pero si pretenden reducir su responsabilidad en el pago ofreciendo diversos porcentajes al monto de la indemnización.

De conformidad con lo previsto por el artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiera ya realizado. Sin embargo, los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por convenio expreso de las partes contratantes. En caso de retroactividad, la empresa aseguradora que conozca la inexistencia del riesgo, no tendrá derecho a las primas ni al reembolso de sus gastos; el contratante que conozca esa circunstancia perderá el derecho a la restitución de las primas y estará obligado al pago de los gastos.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar

rescindido de pleno derecho al contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (artículo 47 de la L.C.S.).

Tan pronto como el asegurado o beneficiario, en su caso, tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso, que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa. (artículo 66 de la L.C.S.).

Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente. (artículo 67 de la L.C.S.).

La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro. (artículo 68 de la L.C.S.).

La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. (artículo 69 de la L.C.S.).

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. (artículo 70 de la L.C.S.).

⁴⁹ DEM.

En los seguros contra los daños, si la cosa asegurada ha sido designada por su género, todos los objetos del mismo género existentes en el momento del siniestro se considerarán asegurados. (artículo 94 de la L.C.S.).

Al ocurrir el siniestro, el asegurado tendrá la obligación de ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño. Si no hay peligro en la demora, pedirá instrucciones a la empresa aseguradora, debiendo atenerse a las que ella le indique.

Los gastos hechos por el asegurado que no sean manifiestamente improcedentes, se cubrirán por la empresa aseguradora, y si ésta da instrucciones, anticipará dichos gastos. (artículo 113 de la L.C.S.).

En el seguro contra incendios, después del siniestro, cualquiera de las partes podrá rescindir el contrato con previo aviso de un mes, pero en caso de que la rescisión provenga del asegurado, la empresa tendrá derecho a la prima por el periodo en curso. (artículo 127 de la L.C.S.).

En el seguro contra los daños causados por el granizo, el aviso del siniestro debe darse precisamente dentro de las veinticuatro horas siguientes a su realización. En esta clase de seguro no será aplicable la disposición del artículo 114 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y el asegurado tendrá la facultad de variar el estado de las cosas de acuerdo con las exigencias del caso. (artículo 132 de la L.C.S.).

En el seguro contra la enfermedad o muerte de los ganados, el aviso del siniestro deberá darse dentro de las veinticuatro horas. (artículo 133 de la L.C.S.).

2.17.4. SU VALORIZACIÓN.

Si el capital asegurado en la póliza lo es por un importe correcto, cuando se produce el siniestro no hay problemas prácticos en orden a la satisfacción de las indemnizaciones, ya que si el siniestro ha tenido carácter total, la indemnización equivaldría al cien por ciento del capital asegurado y si el siniestro ha sido parcial, es decir, ha afectado a una parte determinada, se establece la correspondiente proporción.

El problema surge cuando ha existido una valoración excesiva o defectuosa del objeto asegurado y el capital que consta en la póliza es superior o inferior, respectivamente, al que realmente tiene.⁵⁰

Una vez ocurrido el siniestro, éste debe ser evaluado mediante un conjunto de actuaciones, realizadas por la entidad de seguros a través de su ajustador a fin de que este último determine el monto de los daños ocasionados.

Los ajustadores en la mayoría de los casos, no son empleados de las compañías aseguradoras, y su función estriba en determinar con base a las declaraciones, informes e investigaciones y estudios el monto de los daños ocasionados con motivo de la realización del siniestro denominándose a este informe ajuste, mismo que será analizado por la aseguradora a fin de determinar su responsabilidad y determinar la improcedencia o procedencia del pago de la suma asegurada o indemnización.

Es menester que las Compañías Aseguradoras pongan el mayor empeño para que estas tareas se realicen en el menor tiempo posible, para satisfacer cuanto antes sus obligaciones, exigencia que no cumplen en muchos casos, en violación de esas obligaciones y de la función del seguro mismo, ya que una indemnización tardía es fuente frecuente de perjuicios, que el las citadas Compañías Aseguradoras no resarcan conspirando en contra del seguro.

Es inexcusable que en ocasiones las Compañías Aseguradoras, fijen plazos para liquidar los daños, respecto del asegurado, invocando necesidades teóricas y seguridad para la no exageración del daño; demorando injustificadamente cumplir a su vez con asegurados, mediante prácticas dilatorias en algunos casos con el fin de llegar a una supuesta transacción, o mediante las solicitudes constantes que se hagan al asegurado de la exhibición documentos en forma indefinida.

Se puede considerar; por nuestra parte que está en manos de la autoridad establecer la adopción de medidas más enérgicas para las Compañías Aseguradoras que abusan de estos fines para no hacer frente a sus obligaciones, ya que una empresa que utiliza estos medios no justifica su función.

⁵⁰ Op.cit.

En los seguros contra los daños, la empresa aseguradora y el asegurado pueden exigir que el daño sea valuado sin demora. En caso de destrucción parcial de productos agrícolas, especialmente por el granizo, la valuación del daño deberá aplazarse hasta la cosecha, si una de las partes lo solicita.(artículo 117 de la L.C.S.).

Cuando alguna de las partes rehusare nombrar su perito para la valorización del daño, o si las partes no se pusieren de acuerdo sobre la importancia de éste, la valorización deberá practicarse por peritos que la autoridad judicial designará a petición de cualquiera de ellas, o por un perito tercero así designado, en caso de ser necesario. (artículo 118 de la L.C.S.).

El hecho de que la empresa aseguradora intervenga en la valorización del daño, no la privará de las excepciones que pueda oponer contra las acciones del asegurado o de su causahabiente. (artículo 119 de la L.C.S.).

Será nulo el convenio que prohíba a las partes o a sus causahabientes hacer intervenir peritos en la valorización del daño. (artículo 120 de la L.C.S.).

Los gastos de valorización estarán a cargo de los contratantes por partes iguales. (artículo 121 de la L.C.S.).

En el seguro contra incendio, si hay convenio en otro sentido, la empresa responderá solamente de los daños materiales que resulten directamente del incendio o del principio de incendio. (artículo 124 de la L.C.S.).

2.17.5. LA INDEMNIZACIÓN.

Se define como el pago de una suma de dinero a que está obligada contractualmente la compañía aseguradora a consecuencia de la realización de un siniestro, y cuyo fin es el de conseguir un resarcimiento económico en el patrimonio del asegurado o beneficiario afectado por la realización del mismo, bien a través de una sustitución de los objetos dañados o mediante la entrega de una cantidad equivalente a los bienes afectados o la reparación del vehículo siniestrado, en el caso del ramo de

automóviles, misma que no podrá exceder de la suma asegurada contratada ni del valor del objeto dañado al momento de realizarse el siniestro.

El alcance de la obligación de indemnizar se determina por la clase de seguro, la medida del daño efectivamente sufrido y el monto asegurado.

El pago de los daños se rige esencial y principalmente por el principio indemnizatorio. De acuerdo con él, el asegurado no puede obtener un lucro, sino sólo el resarcimiento del daño sufrido, aunque el monto asegurado sea mayor.

El objeto del seguro es indemnizar, es decir, resarcir al asegurado, del daño o pérdida económicos que le haya causado el acaecimiento del suceso contra el cual se aseguró; debiendo pagarse esa indemnización de acuerdo con las disposiciones legales respectivas, de conformidad con lo estipulado en el contrato de seguro correspondiente, y hasta el límite de la cantidad que en él se fijó como responsabilidad máxima del asegurador; y en este aspecto es conveniente tomar en cuenta que:

1) En cuanto al seguro sobre la vida, como no es posible determinar el valor indemnizable correspondiente a la muerte de una persona, la empresa aseguradora no se obliga propiamente a resarcir por el daño económico sufrido, sino a pagar la suma que aseguró para el caso de muerte. La cantidad "asegurable" en este caso, se estima generalmente, en relación con la productividad del asegurado y con su capacidad para pagar las primas correspondientes al seguro que adquirió o tomando en cuenta, en su caso, el interés asegurable; de donde resulta que, lo que se paga como indemnización es realmente la suma que el asegurado quiso que sus beneficiarios recibieran en el caso de su muerte; sin que esa suma represente de ninguna manera, el valor real del daño económico que la muerte causó a dichas personas, al suspender el ingreso derivado del trabajo del asegurado;

2) En los seguros contra accidentes y enfermedades, la aseguradora tampoco indemniza por el daño económico sufrido a consecuencia del riesgo asegurado; sino que se obliga a reembolsar gastos médicos, a pagar cierta indemnización diaria, que puede o no ser equivalente a lo que el asegurado dejaría de ganar; y a cubrir ciertas prestaciones por pérdida de miembros o por incapacidad física, que sea ésta temporal o definitiva, de

acuerdo con las condiciones del contrato; sin que todo esto constituya, propiamente hablando, una indemnización adecuada al daño sufrido;

3) En los seguros contra "daños a la propiedad", el contrato-póliza responde, de acuerdo con sus términos y con lo establecido en el artículo 86 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro : "...solamente por el daño causado, hasta el límite de la suma y del valor real asegurados". Entonces para determinar el monto de la indemnización, (artículo 91 de la L.C.S.), "... Se tendrá en cuenta el valor del interés asegurado (de los bienes cubiertos por el contrato) en el momento de la realización del siniestro". Y de acuerdo con el artículo 92 de la misma ley: "salvo convenio en contrario, si la suma asegurada es inferior al interés asegurado, la empresa aseguradora responderá (solamente) de manera proporcional, al daño causado".

Además de que se trata de disposiciones legales fundadas en la equidad, en la justicia y en los principios básicos del seguro, es obvio que sería completamente indebido que el asegurado recibiera como "indemnización" el monto total de la suma en que aseguró sus bienes, no obstante que:

a) El valor actual de reposición de los que fueron dañados o destruidos resulte inferior a aquel en que fueron asegurados; o

b) Aunque el suceso no hubiera causado la pérdida total de ellos; y finalmente;

c) A pesar de que él, los hubiere asegurado por una cantidad total inferior, el valor real actual de los mismos; pues entonces en lugar de recibir una indemnización, estaría recibiendo una utilidad si se le pagara una suma superior a aquella que le correspondiera recibir de acuerdo con la proporción en que él aseguró su riesgo y pagó a su asegurador las primas correspondientes.⁵¹

Conforme a la ley monetaria en vigor, tratándose de pólizas de seguro expedidas en moneda nacional, aunque los gastos relacionados con el siniestro se hayan erogado en moneda extranjera se reembolsarán al tipo de cambio vigente al momento en que dichos

⁵¹ GOMEZ ARREOLA, Salvador. Revista Mexicana de Seguros, Los Seguros Privados en México. Noviembre de 1967.

gastos hayan sido realizados por el asegurado, pues de otra manera éste obtendría un lucro indebido, desvirtuándose la naturaleza resarcitoria del seguro.

2.17.5.1. LIMITES DE LA INDEMNIZACIÓN.

Supuestos y situaciones que se deben tener en cuenta al efectuar las indemnizaciones:

a) Cuando el asegurado o el beneficiario no pongan del conocimiento a la empresa aseguradora de la realización del siniestro, dentro del plazo máximo de cinco días, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente. (artículos 66 y 67 de la L.C.S.).

b) Para fijar la indemnización del seguro se tendrá en cuenta el valor del interés asegurado en el momento de la realización del siniestro. (artículo 91 de la L.C.S.).

c) Las partes podrán fijar en el contrato el valor estimativo de la cosa asegurada para los efectos del resarcimiento del daño. (artículo 93 de la L.C.S.).

d) Si la cosa asegurada ha sido designada por su genero, todos los objetos del mismo género existentes en el momento del siniestro se considerarán asegurados. (artículo 94 de la L.C.S.).

e) Se deberá tomar en cuenta la aplicación de deducibles en caso de haberse así establecido en la carátula de la póliza.

f) En los seguros contra los daños, si el asegurado viola la obligación de evitar o disminuir el daño o de conservar la invariabilidad de las cosas, la empresa aseguradora tendrá el derecho de reducir la indemnización hasta el valor a que ascendería si dicha obligación se hubiere cumplido. Si dicha obligación es violada por el asegurado con intención fraudulenta, éste quedará privado de sus derechos contra la empresa. (artículo 115 de la L.C.S.).

g) La empresa podrá adquirir los efectos salvados, siempre que abone al asegurado su valor real según estimación pericial. Podrá también reponer o reparar a satisfacción del asegurado la cosa asegurada, liberándose así de la indemnización. (artículo 116 de la L.C.S.).

h) En el seguro contra incendio, se entenderá como valor indemnizable:

I.- Para las mercancías y productos naturales, el precio corriente en plaza;

II.- Para los edificios, el valor local de construcción, deduciendo las disminuciones que hayan ocurrido después de la construcción, pero si el edificio no se reconstruyere, el valor indemnizable no excederá del valor de venta del edificio; y

III.- Para los muebles, objetos usuales, instrumentos de trabajo y máquinas, la suma que exigiría la adquisición de objetos nuevos, tomándose en cuenta al hacer la estimación del valor indemnizable los cambios de valor que realmente hayan tenido los objetos asegurados. (artículo 128 de la L.C.S.).

i) En el seguro contra la enfermedad o muerte de los ganados, la empresa se obliga a indemnizar los daños que de esos hechos se deriven. El valor del interés por la muerte es el valor de venta del ganado en el momento del siniestro, en caso de enfermedad, el valor será el del daño que directamente se realice. (artículo 132 de la L.C.S.).

j) El seguro contra la responsabilidad atribuye el derecho a la indemnización directamente al tercero dañado, quien se considerará como beneficiario del seguro desde el momento del siniestro.

En caso de muerte de éste, su derecho al monto del seguro se transmitirá por la vía sucesoria, salvo cuando la ley o el contrato que establezcan para el asegurado la obligación de indemnizar, señale los familiares del extinto a quienes deba pagarse directamente la indemnización sin necesidad de juicio sucesorio. (artículo 147 de la L.C.S.).

El aviso sobre la realización del hecho que importe responsabilidad deberá darse tan pronto como se exija la indemnización al asegurado. En caso de juicio civil o penal, el

asegurado proporcionará la empresa aseguradora todos los datos y pruebas necesarios para la defensa. (artículo 150 de la L.C.S.).

k) En el seguro sobre las personas, si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado. (artículo 162 de la L.C.S.).

2.17.5.2. FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

Atendiendo a la naturaleza de cada clase de seguro, pueden distinguirse distintas formas de efectuar el pago de la indemnización:

- a) Mediante la entrega de dinero, en los casos de seguro de vida;
- b) Mediante el reembolso de dinero en los casos de los seguros de gastos médicos;
- c) Mediante la reparación de la cosa dañada, en los caso de seguros de daños y de automóviles;
- d) Mediante la sustitución del bien siniestrado, en los casos de seguro de rotura de cristales, y,
- e) Mediante la prestación de un servicio, en los casos en que se incluya en los seguros asistencia jurídica.⁵²

En el medio asegurador, el pago que realiza una aseguradora sin estar obligada a ello, es lo que se conoce como pago ex-gracia y que se realiza con motivos meramente comerciales o de política interna de la compañía aseguradora.

⁵² FUNDACION MAPFRE Estudios, Curso de Introducción al Seguro, Itsemap México, S.A. de C.V.

2.18. LA RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

La rescisión del contrato de seguro, es la pérdida de vigencia de los efectos de una póliza en virtud de determinadas causas como son: la agravación o alteración del riesgo, la falsa declaración, falta de pago de prima, omisiones o inexactas declaraciones del asegurado, cambio de dueño del objeto asegurado y la inexacta indicación de edad, teniendo la obligación, la institución aseguradora de notificarlo al asegurado dentro del término de quince días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de la situación que dio origen a la misma.

La agravación esencial del riesgo supone hechos posteriores, durante el curso del seguro, que hayan producido nuevo estado de cosas distinto al que existía al celebrarse el contrato.

La inexactitud, es la falta de veracidad en las declaraciones del asegurado o del tomador del seguro respecto de las circunstancias que conoce o que debe conocer y que pudiesen influir en la valoración del riesgo, materializándose mediante una exposición incorrecta, imprecisa o inexacta, efectuada por el asegurado o contratante respecto al objeto asegurado o a sus características. En este caso, el asegurador podrá rescindir el contrato mediante escrito dirigido al asegurado y tendrá asimismo derecho a retener la prima relativa al período de seguro en curso.⁵³

La omisión, es la ocultación efectuada por el solicitante al exponer la naturaleza o características de los riesgos que desea cubrir. Siendo esta la causa de rescisión del contrato de seguro y, en consecuencia, la pérdida del derecho a la indemnización.⁵⁴

De conformidad con el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la citada ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho al contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

⁵³ IDEM.

⁵⁴ Ob. Cit.

Cabe aclarar que en ciertas ocasiones las aseguradoras rechazan la reclamación en virtud de supuestas e inexactas declaraciones (en autos, diferencia de un día en la fecha de ocurrencia del siniestro o la diferencia de un año en el modelo de la unidad asegurada y posteriormente siniestrada). Si la demandada, no acredita que las mismas son trascendentes para eximirla de sus obligaciones, la empresa aseguradora, corre el riesgo de ser condenada, precisamente por no acreditar tal situación.

Los presupuestos que hacen procedente la excepción de rescisión del contrato de seguro de vida o accidentes y enfermedades, por dolo, son: a) que el asegurado conteste un cuestionario por escrito, que se relacione con todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones del contrato, cuestionario que es previo y condición del contrato porque es su base; b) que al contestar el cuestionario incurra, quien desea el seguro, en omisiones o inexactas declaraciones sobre tales hechos, y c) que los mismos hechos de que se trata sean conocidos o dejen de serlo por el solicitante del seguro.

Sin embargo, cuando la empresa aseguradora alega que el asegurado omitió deliberadamente declarar el conocimiento que tenía de padecer alguna enfermedad grave que posteriormente causa su muerte, para que proceda la rescisión del contrato de seguro de pleno derecho por dolo, es menester que se acredite en autos que el asegurado conocía, antes de solicitar el seguro y de llenar los interrogatorios que al efecto le proporcionó la aseguradora, la enfermedad que, individualmente, de saberlo, constituía hecho importante para la apreciación del riesgo que influye en las condiciones pactadas; pero si previamente a la celebración del contrato de seguro, la empresa aseguradora practicó al asegurado examen médico, y a pesar de ello lo aseguró, es evidente que dicha empresa conoció o debió conocer a través del facultativo nombrado por ella, del padecimiento sufrido por el asegurado, toda vez que los médicos de la aseguradora, como especialistas en la materia pueden advertir, mejor que el propio asegurado, quien por no ser médico está en situación de desconocerlos, si los malestares sufridos eran sintomáticos de alguna enfermedad. (Amparo en Revisión 500/63.- Establecimiento Lauzier, S.A. y Coags. 24 de julio de 1969. Unanimidad de 4 votos. Ponente: Antonio Cappón Guerrero. Desidente: Felipe Canudas Orezza. Sala Auxiliar. Séptima Epoca. Volumen 7, Séptima parte. Pag. 74).

Asimismo es conveniente señalar que para que opere la excepción de rescisión de pleno derecho del contrato de seguro, por falsas e inexactas declaraciones, es necesario que la demandada acredite ciertos extremos, como son:

a) Que existe una omisión o inexacta declaración;

b) Que esa omisión o inexacta declaración sea de los hechos a que se refieren los artículos 8, 10, 47, y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, de conformidad a los cuales, la ley confiere al asegurador la facultad de rescindir de pleno derecho el contrato de seguro, esto es, de hechos que el solicitante del contrato de seguro haya declarado por escrito a la empresa aseguradora en el cuestionario que la misma haya proporcionado, con la característica que esos hechos deba proporcionarlos el solicitante tal como los conozca o deba conocerlos y con la circunstancia de que deben ser importantes para que la empresa de seguros aprecie el riesgo y que puedan haber influido en las condiciones convenidas en el contrato de seguro y, por último,

c) Que la empresa aseguradora comunique en forma auténtica al asegurado la rescisión del contrato de seguro dentro de los quince días siguientes a la fecha en que el mismo asegurador conozca la omisión o inexacta declaración. (artículo 48 de la L.C.S.).

Cabe destacar que si la aseguradora no da el aviso auténtico de la rescisión, se entiende renunciado tácitamente el derecho que la ley le concede para rescindir el contrato por esas causas, dado que la ley señala un término para ejercitar ese derecho, cuya eficacia queda sujeta a la condición de que se comunique en forma auténtica al asegurado y la misma ley permite la posibilidad de renunciar expresa o tácitamente al derecho de rescisión.

Cuando el contrato de seguro comprenda varias cosas o varias personas, y la omisión o inexacta declaración no se refieran sino a alguna de estas cosas, o de esas personas, el seguro quedará en vigor para las otras, si se comprueba que la empresa aseguradora las habría asegurado en las mismas condiciones. (artículo 49 de la L.C.S.).

A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

I.- Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;

II.- Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado;

III.- Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado;

IV.- Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa;

V.- Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y, sin embargo, la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado, y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos. (artículo 50 de la L.C.S.).

En caso de rescisión unilateral del contrato por las causas a que se refiere el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora conservará su derecho a la prima por el periodo del seguro en curso en el momento de la rescisión, pero si ésta tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para la empresa, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

Si la prima se hubiere pagado anticipadamente por varios periodos del seguro, la empresa restituirá las tres cuartas partes de las primas correspondientes a los periodos futuros del seguro. (artículo 51 de la L.C.S.).

El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo. (artículo 52 de la L.C.S.).

Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que comunique su resolución al asegurado. (artículo 56 de la L.C.S.).

Cuando se aseguren varios riesgos, el contrato quedará en vigor respecto a los que no se afecten por la omisión o inexacta declaración o por la agravación, siempre que se demuestre que la empresa aseguradora habría asegurado separadamente aquellos riesgos en condiciones idénticas a las convenidas. (artículo 61 de la L.C.S.).

La empresa aseguradora estará facultada para rescindir el contrato cuando, por hechos del asegurado, se agraven circunstancias esenciales que por su naturaleza debieron modificar el riesgo, aunque prácticamente no llegue a transformarlo. (artículo 63 de la L.C.S.).

En el caso del artículo anterior, la empresa aseguradora deberá notificar la rescisión dentro de quince días contados desde la fecha en que conozca el cambio de las circunstancias. (artículo 64 de la L.C.S.).

La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro. (artículo 68 de la L.C.S.).

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimula o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. (artículo 70 de la L.C.S.).

En caso de daño parcial por el cual se reclame una indemnización, la empresa aseguradora y el asegurado tendrán derecho para rescindir el contrato a más tardar en el momento del pago de la indemnización, aplicándose entonces las siguientes reglas:

1.- Si la empresa hace uso del derecho de rescisión, su responsabilidad terminará quince días después de comunicarlo así al asegurado, debiendo reembolsar la prima que corresponda a la parte no transcurrida del período del seguro en curso y al resto de la suma asegurada, y;

II.- Si el asegurado ejercita ese derecho, la empresa podrá exigir la prima por el período del seguro en curso. Cuando la prima haya sido cubierta anticipadamente por varios períodos del seguro, la empresa reembolsará el monto que corresponda a los períodos futuros. (artículo 96 de la L.C.S.).

En el caso del artículo anterior, si no se rescinde el contrato, la empresa no quedará obligada en lo sucesivo sino por el resto de la suma asegurada. (artículo 97 de la L.C.S.).

La empresa aseguradora tendrá el derecho de rescindir el contrato dentro de los quince días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio de dueño del objeto asegurado. Sus obligaciones terminarán quince días después de notificar esta resolución por escrito al nuevo adquirente, pero reembolsará a éste la parte de la prima que corresponda al tiempo transcurrido. (artículo 107 de la L.C.S.).

En el seguro contra incendio, después del siniestro, cualquiera de las partes podrá rescindir el contrato con previo aviso de un mes, pero en caso de que la rescisión provenga del asegurado, la empresa tendrá derecho a la prima por el período en curso. (artículo 127 de la L.C.S.).

En los seguros de provechos esperados, no podrá rescindirse el contrato de seguro a causa de la muerte o enfermedad de un sólo animal del ganado asegurado. (artículo 137 de la L.C.S.).

En el seguro sobre las personas, cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato a la fecha de su rescisión. (artículo 160 de la L.C.S.).

2.19. LA PRESCRIPCIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO.

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. (artículo 81 L.C.S.).

No transcurrirá la prescripción:

a) Cuando por omisión o por falsas o inexactas declaraciones, el asegurado no haya tenido conocimiento cierto sobre el riesgo auténticamente corrido, en cuyo caso la prescripción corre desde el momento en que tenga dicho conocimiento;

b) Mientras los interesados no tengan conocimiento de la realización del siniestro; (artículo 82 L.C.S.);

c) Mientras los terceros beneficiarios no tengan conocimiento del derecho constituido a su favor (artículo 82 L.C.S.);

La prescripción se interrumpe:

a) Por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro. (artículo 84 L.C.S.);

b) Tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (artículo 84 L.C.S.);

c) Por la presentación del escrito de reclamación ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, (artículo 135 L.G.I.S.M.S.).

d) Por los casos a que establece el artículo 1041 del Código de Comercio.

A pesar de que el artículo 1043, fracción V del Código de Comercio señala la prescripción de un año para las acciones en contratos de seguros de vida, marítimo y transporte terrestre, es de señalarse que la disposición especial deroga a la general y por tanto, para los seguros de vida y transporte terrestre existe la prescripción de dos años conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro y para el seguro marítimo si es aplicable la disposición del Código de Comercio que se analiza, toda vez que la Ley de Navegación y Comercio Marítimos que regula el Seguro Marítimo no establece plazo de prescripción específico.

En relación al presente tema, es necesario tener presente lo que establece el Código Civil para el Distrito Federal, en materia Común, y para toda la República en materia Federal, en atención a la manera de contar el tiempo para la prescripción:

En atención a lo establecido por el artículo 1176 del citado Código, el tiempo para la prescripción se cuenta por años y no de momento a momento, excepto en los casos en que así lo determine la ley expresamente.

El día en que comienza la prescripción se cuenta siempre entero, aunque no lo sea; pero aquel en que la prescripción termina, debe ser completo. (artículo 1179 del C.C.).

Cuando el último día sea feriado, no se tendrá por completa la prescripción, sino cumplido el primero que siga, si fuere útil. (artículo 1180 del C.C.).

2.20. CESACIÓN Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.

En el contrato de seguro se presentan dos instituciones de gran importancia, la cesación de los efectos del contrato de seguro y la nulidad del contrato de seguro.

Por lo que se refiere a la cesación de los efectos del Contrato de Seguro, esta se presentará, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si la prima, o fracción de ella, no es pagada dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del seguro cesan automáticamente a las doce horas del último día de dicho plazo.

Por lo que se refiere a la nulidad de la Ley de Contrato de Seguro, el contrato de seguro será nulo en los siguientes casos:

a) Si en el momento de su celebración el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiera ya realizado. Sin embargo, los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por convenio expreso de las partes contratantes. En caso de retroactividad, la empresa aseguradora que conozca la inexistencia del riesgo, no tendrá derecho a las primas ni al reembolso de sus gastos, el contratante que conozca esa circunstancia perderá el derecho

a la restitución de las primas y estará obligado al pago de los gastos. (artículo 45 de la L.C.S.).

b) En el seguro sobre las personas, el seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada. (artículo 156 de la L.C.S.).

c) 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. (artículo 158 de la L.C.S.).

2.21. REHABILITACIÓN

La rehabilitación del contrato de seguro, es el acto por le que, cuando desaparecen las circunstancias que motivan la suspensión de efectos de una póliza, el contrato vuelve a adquirir pleno vigor. Sin embargo, es necesario que se reúnan ciertos requisitos señalados previamente por las propias compañías de seguros en sus respectivos contratos de seguros, como puede ser examen médico, carta de no siniestro, etcétera. La rehabilitación no es otra cosa más que dar efecto retroactivo a un contrato ya cancelado, reviviendo éste. La rehabilitación revive en todas y cada una de sus partes el contrato de seguro y aunque en la práctica los efectos de dicho contrato son interrumpidos, jurídicamente al ser rehabilitada la póliza se tiene por inexistente tal interrupción.⁵⁵

El texto de la cláusula de rehabilitación que incluyen algunas aseguradoras en sus condiciones generales es el siguiente:

"en caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas o pasado a gozar de los beneficios del seguro saldado o prorrogado, el "asegurado" podrá en cualquier

⁵⁵ MARTÍNEZ GIL, José de Jesús, Manual Teórico Práctico de Seguros, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., 1995, 3ª Edición.

momento proponer su rehabilitación a la "institución", mediante las siguientes condiciones:

- 1.- Que se solicite por escrito a la "institución".
- 2.- Que se compruebe a la "institución", que el "asegurado" reúne las condiciones necesarias de salud de asegurabilidad en general en la fecha de la solicitud.
- 3.- Para llevar a cabo la "rehabilitación" de este contrato, es necesario que el "asegurado" cubra la "prima o primas en descubierto, los intereses por mora a la tasa de interés y procedimiento que para éste efecto haya aprobado la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como cualquier otro adeudo derivado de este contrato.

El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que la "institución" comunique por escrito al "asegurado" haber aceptado la propuesta de "rehabilitación" correspondiente."

Cabe aclarar que se considera que la institución aseguradora acepta rehabilitar el contrato de seguro que hubiere dejado de surtir efectos por falta de pago de la prima, cuando reciba la misma, sin exigir de inmediato el cumplimiento de los demás requisitos que establece la cláusula de rehabilitación, ni hace ninguna reserva expresa a ese respecto.

2.22. LA RENOVACIÓN.

Es un convenio entre las partes que han suscrito la póliza, en el que los derechos y obligaciones establecidos en ella se extienden a un nuevo periodo de cobertura en los mismos términos y condiciones que tenían. Sin embargo, como el artículo 193 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, señala que las disposiciones de dicha ley son imperativas y de orden público, no podrá haber renovación, si no existe previamente en los artículos

aplicables al caso, la referencia de salvo pacto en contrario y que éste se haya efectivamente pactado en el contrato.⁵⁶

Cabe agregar que el artículo 17 de la aludida Ley Sobre el Contrato de Seguro establece que: "la renovación tácita del contrato en ningún caso excederá de un año."

2.23. EL COASEGURO.

De conformidad con el artículo 10 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se entiende por coaseguro la participación de dos o más empresas de seguros en un mismo riesgo, en virtud de contratos directos realizados por cada una de ellas con el asegurado.

En esta figura el asegurado por iniciativa propia realiza diversos contratos a fin de dividir un riesgo entre varias instituciones aseguradoras las cuales cubrirán únicamente la parte por la que se obligaron. Las sumas aseguradas por cada aseguradora no sobrepasan el valor asegurado ya que el asegurado sólo busca repartir el riesgo entre varios aseguradores celebrando un contrato con cada asegurador, siendo el mismo riesgo y un único interés asegurable.

2.24. EL REASEGURO.

Para el licenciado Omar Olvera Luna⁵⁷ el reaseguro es una figura jurídica casi tan antigua como el seguro mismo: éste, en su inicio, llevaba a los aseguradores a no aceptar más responsabilidades que las que podían soportar, pero a través del tiempo y habida cuenta de que existen riesgos que son excesivamente grandes para que un sólo asegurador pueda absorberlos, hubo que aceptar como benéfica desde todos los puntos de vista, la institución del reaseguro, que es la garantía que tiene el asegurador contra las pérdidas que excedan de la cantidad fijada como máximo de su capacidad económica para hacer frente al pago de siniestros.

⁵⁶ IDEM.

⁵⁷ OLVERA DE LUNA, Omar, Contratos Mercantiles, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F., 1987, 7ª. Edición, p. 251

Para el artículo 10 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros se entiende por reaseguro, el contrato en virtud del cual una empresa de seguros toma a su cargo total o parcialmente un riesgo ya cubierto por otra o el remanente de daños que exceda de la cantidad asegurada por el asegurador directo.

De conformidad con el artículo 37 del citado ordenamiento legal, las instituciones de seguros deben diversificar las responsabilidades que asuman al realizar las operaciones de seguros y reaseguro. Agrega que: ... Los excedentes que tengan las instituciones sobre sus límites de retención en un sólo riesgo asegurado deberán distribuirlos mediante su cesión a través de reaseguro, a instituciones autorizadas o a reaseguradoras extranjeras cuando estas últimas cumplan con los requisitos a que se refiere el artículo 27 de la citada ley.

Las mismas tienen como principal fin, apoyar financieramente a las aseguradoras, y para tal efecto el artículo 37 establece que: la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, mediante regias de carácter general determinará en cada operación o ramo los límites máximos de retención de la instituciones en un sólo riesgo.

De conformidad con el artículo 18 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, aun cuando la empresa se reasegure contra los riesgos que hubiere asegurado, seguirá siendo la única responsable respecto al asegurado.

En atención a lo expuesto por el licenciado Eduardo Alvarez Ferreira en su exposición relativa a la Protección del Asegurado en el Derecho dentro del Primer Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas, celebrado en la ciudad de Querétaro, Qro., en el sistema de seguros modernos, el reaseguro constituye un elemento fundamental para el desarrollo de la actividad aseguradora en términos de mayor rendimiento, efectividad y seguridad. El reaseguro es, en principio, un factor de división y reparto de riesgos, sin el cual las empresas de seguros no podrían realizar su cometido. El asegurador directo que no cuente con una buena plantilla de reaseguradores tendrá una capacidad de cobertura mínima y su negocio puede convertirse en una actividad peligrosa que puede llevarlo a la ruina.

También manifiesta que, el reaseguro permite no sólo el fraccionamiento de los riesgos, reduciéndolos a los límites que pueden ser soportados por los aseguradores directos, sino también la dispersión geográfica de los mismos para que los siniestros no resulten excesivamente gravosos para las empresas de seguros y para las economías nacionales.

Indica que los asegurados directos también resultan beneficiados con el reaseguro, por razón de que obtienen una mayor seguridad respecto de la capacidad de pago de su asegurador, pues éste recibirá indemnización del reasegurador en caso de que la eventualidad prevista en el contrato de seguro se verifique. Así, el reaseguro se convierte en una garantía más para el público, puesto que gracias a él aumenta la solidez de las empresas de seguros.

Concluye diciendo que es por todo ello que la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros preceptúa que los excedentes que las empresas de seguros tengan sobre sus límites máximos de retención, los cuales deben ser reasegurados con instituciones de seguros autorizadas para operar en el país, que al satisfacer los requerimientos de la legislación interna se consideren solventes o con reaseguradores extranjeros que cuenten con la calificación mínima que determine la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, otorgada por parte de una empresa calificadora especializada, entre otros requisitos que éstos últimos deberán satisfacer para obtener el registro, exigido por la ley, ante dicha Secretaría, con la finalidad de vigilar que reúnan requisitos de solvencia y estabilidad en beneficio del sector asegurador nacional y, en última y principal instancia, en beneficio de los asegurados.

En el contrato de reaseguro concurren las mismas características del contrato de seguro como son la consensualidad, la onerosidad, el tracto sucesivo, la aleatoriedad y la bilateralidad, concurriendo los elementos de definición del contrato de seguro y sustentando las mismas bases técnicas, a través del cual, el asegurador paga una prima a cambio de la participación del reasegurador, teniendo como principal finalidad un reparto de responsabilidad, es decir que la aseguradora original cede una parte del riesgo, sin dejar de ser la única responsable frente al asegurado, o la distribución entre otros aseguradores los excesos de los riesgos de mas volumen, siendo sus partes el reasegurado y el reasegurador. La doctrina lo ha denominado el seguro de seguros.

Los riesgos mas cubiertos por el reaseguro son en los ramos de incendio, marítimos, vida, accidentes y daños.

Las instituciones de seguros autorizadas para practicar exclusivamente el reaseguro o el reafianzamiento, ajustarán sus operaciones a lo dispuesto en el Título Primero, Capítulo IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, con las modalidades que establezcan la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en uso de las facultades que a cada una corresponde, y tomando en cuenta la naturaleza y características de operación propias de este tipo de instituciones. (artículo 76 de la L.G.I.S.M.S.).

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público llevará el registro general de reaseguradoras extranjeras, de acuerdo con lo dispuesto en esta ley y en las reglas de carácter general que al efecto dicte la propia Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

La inscripción en el registro de que se trata la otorgará o negará discrecionalmente la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a las reaseguradoras de primer orden del exterior que, a su juicio, reúnan requisitos de solvencia y estabilidad para efectuar las operaciones y cumplir los objetivos a que se refiere el artículo 37 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Los interesados deberán presentar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público los informes que ésta les solicite respecto a la situación financiera de la reaseguradora, al cumplimiento de los requisitos que para operar exija la ley del país de su domicilio, a las operaciones con instituciones mexicanas, y los demás necesarios para comprobar los requisitos señalados en el párrafo anterior.

Las reaseguradoras registradas deberán sujetarse a las directrices de política general que en materia aseguradora señale la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

La inscripción en el registro podrá ser cancelada discrecionalmente por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, cuando a su juicio, la reaseguradora deje de satisfacer o de cumplir los requisitos u obligaciones establecidos por las disposiciones legales y administrativas aplicables. (artículo 27 de la L.G.I.S.M.S.).

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público podrá autorizar el establecimiento en la República de oficinas de representación de reaseguradoras extranjeras. Dichas oficinas sólo podrán actuar a nombre y por cuenta de sus representadas para aceptar o ceder responsabilidades en reaseguro y por tanto, se abstendrán de actuar, directamente o a través de interpósita persona, en cualquier operación de las señaladas en el artículo 3° de la ley de que se trata, ya sea por cuenta propia o ajena, y de proporcionar información o hacer gestión o trámite alguno para este tipo de operaciones.

Las actividades que realicen las oficinas de representación de que se trata, se sujetarán a las reglas que expida la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a las directrices de política general que en materia aseguradora señale la propia Secretaría y a la inspección y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Les será, además, aplicable lo dispuesto por el artículo 71 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. (artículo 28 de la L.G.I.S.M.S.).

En las operaciones de reaseguro, practicadas con instituciones del país o del extranjero, la institución cedente que haya emitido el seguro directo en el país, deberá retener e invertir también dentro del país, en los términos de esta ley las reservas a que se refieren las fracciones I y II del artículo 46 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, así como, según lo determine la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, las que establezcan conforme a lo dispuesto por la fracción IV del mismo artículo. (artículo 54 de la L.G.I.S.M.S.).

Las autorizaciones que en términos del artículo 7° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se otorguen a las instituciones de seguros autorizadas para practicar exclusivamente el reaseguro y, en su caso, el reafianzamiento, se referirán a lo siguiente:

- I.- Personas;
- II.- Bienes;
- III.- Responsabilidades, y
- IV.- Fianzas. (artículo 76-a de la L.G.I.S.M.S.).

Las instituciones de seguros autorizadas para practicar exclusivamente el reaseguro o el reafianzamiento, no podrán realizar las operaciones a que se refieren las fracciones III, III bis y IV del artículo 34 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. (artículo 77 de la L.G.I.S.M.S.)

Cabe mencionar, que a fin de regular las actividades de las distintas figuras que intervienen en las operaciones de reaseguro, y en específico a las reaseguradoras extranjeras, se crearon las reglas para el registro general de reaseguradoras extranjeras mismas que establecen los requisitos para ser registradas a solicitud de las mismas o a propuesta de una empresa de seguros mexicana o de un intermediario de reaseguro autorizado mismo que se lleva por conducto de la Dirección General de Seguros y Valores de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, que se publicaron en el Diario Oficial de la Federación del 15 de marzo de 1985. Asimismo y a fin de contar con la totalidad de la regulación de las distintas figuras que intervienen en las operaciones de reaseguros, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación de 29 de marzo de 1985 las reglas para la operación de intermediarios de reaseguro a fin de regular y supervisar la actividad de los mismos.

El reaseguro se ha clasificado en:

a) Reaseguro obligatorio: es aquel por el que el reasegurado se compromete a ceder y el reasegurador se compromete a aceptar determinados riesgos.

b) Reaseguro facultativo: es aquel en que el reasegurado no se compromete a aceptar determinada clase de riesgos, sino que estos han de ser comunicados individualmente, estableciendo para cada caso concreto las condiciones que han de regular la aceptación.

c) Reaseguro facultativo-obligatorio: es un reaseguro mixto, en el sentido de que el reasegurado no se compromete a ceder, pero el reasegurador sí se obliga a aceptar los riesgos que le sean cedidos por el reasegurado.

2.25. EL CONTRASEGURO.

Para el artículo 10 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se entiende por contraseguro, el convenio en virtud del cual una empresa de seguros se obliga reintegrar al contratante las primas o cuotas satisfechas o cubiertas, cuando se cumplan determinadas condiciones. Se debe entender, como su nombre lo dice, como una contraprestación que efectúa la aseguradora por la cual se obliga a reintegrar al contratante de un seguro, las cantidades que como prima haya recibido al cumplirse ciertos requisitos previamente establecidos en las condiciones de la póliza contratada.

CAPITULO III.

LAS SENTENCIAS Y LOS LAUDOS. SU EJECUCION.

3.1. EL PROCESO JURISDICCIONAL Y EL ARBITRAJE.

El proceso jurisdiccional y el arbitraje tienen como característica común el ser soluciones heterocompositivas del litigio, es decir, soluciones provenientes de un tercero ajeno a la relación substancial. Pero mientras que la obligatoriedad de la solución que implica el proceso jurisdiccional deriva de la ley y de la autoridad misma del Estado, la obligatoriedad del arbitraje sólo puede tener como fundamento el acuerdo de las partes de someter determinado litigio a la solución arbitral acuerdo al que deberá ajustarse, en todo caso, a los términos permitidos por la ley.

Asimismo, mientras la resolución final que se dicte con motivo del proceso - la sentencia - posee fuerza ejecutiva por sí misma y, por tanto, podrá ser ejecutada por el juez que la haya dictado, en cambio, la resolución final dictada con motivo del arbitraje - el laudo - no posee fuerza ejecutiva por sí misma, por lo cual su ejecución sólo podrá lograrse acudiendo a un juez que la ordene⁵⁸.

Estas resoluciones definitivas que emanan tanto del proceso jurisdiccional como del arbitraje, sentencia y el laudo, cuentan con características propias que a continuación analizaremos.

⁵⁸ OVALLE FAVELA, José. Derecho Procesal Civil, Colección Textos Jurídicos Universitarios, Editorial Harla, México, 1997, 7ª. Edición.

3.2. LA SENTENCIA.

Se ha conceptualizado a la sentencia como la resolución que pronuncia el juez o tribunal para resolver el fondo del litigio, conflicto o controversia, lo que significa la terminación normal del proceso.

Si bien el concepto estricto de sentencia es el de resolución que pone fin al proceso decidiendo el fondo del litigio, se han calificado como tales otras resoluciones que no tiene estas características, y a la inversa, lo que ha provocado confusión especialmente en la legislación y en la jurisprudencia.

Así, se ha utilizado en el ordenamiento mexicano con apoyo en los artículos 79, fracción V, del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal y 1323 del Código de Comercio, la denominación de sentencias interlocutorias para designar las resoluciones judiciales que ponen fin a una cuestión incidental o que deciden sobre un presupuesto de la validez del proceso que impide la continuación del mismo, y en materia de amparo se ha aplicado esta terminología a la decisión que se pronuncia en el incidente de suspensión concediendo o negando dicha medida precautoria (artículo 131 de la Ley de Amparo).

También se ha empleado indebidamente por el legislador de amparo el nombre de sentencia para calificar la decisión de sobreseimiento pronunciada en la audiencia de fondo, para distinguirla de la providencia que sobresee el juicio fuera de dicha audiencia (artículo 77, fracción II, de la Ley de Amparo), pero según criterio riguroso dicho pronunciamiento ya sea que se dicte antes o en la audiencia de fondo, debe considerarse como un simple auto, puesto que contiene la declaración de que no puede resolverse el juicio de amparo a través de una verdadera sentencia, (artículo 83, fracción III de la Ley de Amparo.)⁵⁹.

Para Alcalá Zamora⁶⁰ la sentencia "es la declaración de voluntad del juzgador acerca del problema de fondo controvertido u objeto del proceso. Por su parte Fix-Zamudio⁶¹ considera que la sentencia "es la resolución que pronuncia el juez o tribunal

⁵⁹ DICCIONARIO JURIDICO Mexicano. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, S.A., México 1994.

⁶⁰ ALCALA-ZAMORA Y CASTILLO, Niceto. Cuestiones de terminología procesal, México, UNAM, 1972.

⁶¹ FIX- ZAMUDIO, Hector. "Derecho Procesal en el Derecho, México, UNAM, Colección, "Las Humanidades en el siglo XX ". 1975.

para resolver el fondo del litigio, conflicto o controversia, lo que significa la terminación del proceso".

Para Ovalle Favela⁶², la sentencia es, pues, "la resolución que emite el juzgador sobre el litigio sometido a su conocimiento y mediante la cual normalmente pone término al proceso".

3.3. CLASIFICACION.

Para el autor Ovalle Favela⁶³ existen diversos criterios para clasificar las sentencias. Estas se pueden clasificar por:

A) Por su finalidad: en atención a la clasificación de los procesos por su finalidad, los procesos de conocimiento pueden concluir de tres maneras:

1) con una sentencia que se limite a reconocer una relación o situación jurídica ya existente (sentencia meramente declarativa);

2) con una sentencia que constituya o modifique una situación o relación jurídica (sentencia constitutiva), o

3) con una sentencia que ordene una determinada conducta a alguna de las partes (sentencia de condena).

Esta clasificación de las sentencias en meramente declarativas, constitutivas y de condena atiende a la finalidad perseguida con la sentencia. Las sentencias meramente declarativas, como ha puntualizado Couture, "tienen por objeto la pura declaración de la existencia de un derecho". Entre los ejemplos de esta clase de sentencias, suele mencionarse la sentencia absolutoria, la cual no constituye ninguna relación ni ordena determinada conducta a alguna de las partes, sino que se limita a absolver al demandado de las prestaciones reclamadas por el actor; es decir, a declarar la inexistencia del derecho

⁶² OVALLE FAVELA, José. Derecho Procesal Civil, Editorial Harla, Colección Textos Jurídicos Universitarios, México, 1997, 7ª Edición

reclamado por el demandante. También se señalan como sentencias meramente declarativas las que reconocen la adquisición de la propiedad por la prescripción.

Las sentencias constitutivas son aquéllas que "crean, modifican o extinguen un estado jurídico". Ejemplos de esta clase de sentencias, son las que decretan un divorcio, rescinden un contrato determinado, declaran extinguida la sociedad conyugal, etc. Por último, las sentencias de condena son aquéllas que ordenan una determinada conducta a alguna de las partes; un dar, un hacer o un no hacer. Esta es la clase de sentencias más frecuentes. Entre otros ejemplos podemos mencionar la sentencia que condena al pago de una cantidad de dinero determinada; la sentencia que conmina al demandado a entregar un bien reivindicado a su propietario; la sentencia que ordena al demandado a entregar un bien reivindicado a su propietario; la sentencia que ordena al demandado al demandado la desocupación del local arrendado, etcétera.

Como es obvio, esta clasificación de las sentencias no excluye la posibilidad de que una sola sentencia concreta pueda ser considerada dentro de más de una clase. Así, por ejemplo, la sentencia que decretase la rescisión de un contrato de compraventa y ordenara la devolución del precio pagado y de la cosa vendida, sería, al mismo tiempo, constitutiva (por extinguir una relación jurídica) y de condena (por imponer prestaciones a las partes). Pero sería también declarativa, al reconocer implícitamente la validez y existencia del contrato de compraventa.

B) Por su resultado: desde el punto de vista de su resultado que la parte actora obtenga con la sentencia, ésta suele clasificarse en estimatoria, en el caso en que el juzgador estime fundada y acoja la pretensión de dicha parte, y desestimatoria, en el caso contrario.

C) Por su función en el proceso: las sentencia suelen ser clasificadas en interlocutorias y definitivas: las interlocutorias son aquéllas que resuelven un incidente planteado en el juicio y las definitivas, las que deciden sobre el conflicto de fondo sometido a proceso y ponen término a éste. Como ya ha quedado señalado anteriormente, solo las definitivas son, en rigor, sentencias; las interlocutorias, por no referirse a la controversia principal, sino a un incidente, deberían ser consideradas como autos. Sin embargo, el

⁶³ IDEM.

artículo 79 del Código de Procedimientos Civiles las llama "sentencias interlocutorias" y las somete, por tanto, a las reglas sobre la sentencia.

D) Por su impugnabilidad: también se suele distinguir entre sentencia definitiva y sentencia firme, según que sean o no susceptibles de impugnación. De acuerdo con este criterio de clasificación, la sentencia definitiva es aquella que, si bien ha sido dictada para resolver el conflicto sometido a proceso, todavía es susceptible de ser impugnada a través de algún recurso o proceso impugnativo, el cual puede concluir con la confirmación, modificación, revocación o anulación de dicha sentencia definitiva. En cambio, la sentencia firme es aquella que ya no puede ser impugnada por ningún medio; es aquella que posee la autoridad de la cosa juzgada.

Otra clasificación de sentencias lo son:

a) Las declarativas: las sentencias declarativas tiene por objeto único determinar la voluntad de la ley en relación al objeto deducido en juicio por las partes.

Tales sentencias derivan del ejercicio de acciones declarativas que tienden precisamente a clarificar un estado de incertidumbre derivado de la norma jurídica misma.

En nuestro derecho podemos citar varios ejemplos: La que declara la nulidad del testamento otorgado sin formalidades legales (artículo 1491 C.C.); la maternidad de un hijo nacido fuera de matrimonio (artículo 385 del C.C.); la que declara cualquier duda sobre el uso o extensión de una servidumbre (artículo 1127 del C.C.); la que declara la simulación de un acto (artículo 2180 del C.C.).

La sentencia declarativa, en sí, agota su contenido cuando determina la voluntad de la ley en el caso concreto: si el testamento es nulo, la simple declaración de tal nulidad es suficiente para "hacer cierta": certum facer la situación jurídica controvertida.

b) Constitutiva: la sentencia constitutiva es aquella que crea situaciones jurídicas nuevas, precisamente derivadas de la sentencia.

Esto acontece cuando no existe norma abstracta aplicable y es el juez el que crea el derecho a través de la sentencia, o bien, cuando a consecuencia del fallo, se crean estados jurídicos diversos a los existentes antes del juicio; Ejemplo de este fallo es la sentencia de divorcio: crea el estado jurídico de divorcio, distinto al estado jurídico de casado, anterior al proceso.

c) De condena: la sentencia de condena es la que, además de determinar la voluntad de la ley en un caso concreto, impone a una de las partes una conducta determinada, debido a la actuación de la sanción potencial que contiene la norma abstracta.

d) Impugnables y no impugnables: las sentencias impugnables son aquellas que pueden ser combatidas por los recursos ordinarios de apelación o de revisión: las no impugnables, las que no pueden ser revocadas o modificadas mediante esos recursos.

En nuestro derecho positivo son inimpugnables ⁶⁴:

- Las sentencias definitivas del primera instancia:
- Cuando el interés del negocio no pase de cinco mil pesos;
- Cuando las partes las consienten expresamente o sus mandatarios, con poder o cláusula especial;
- Cuando hecha la notificación en forma, no se interpone el recurso de apelación en el término señalado por la ley;
- Cuando interpuesto el recurso, no se continuó en forma y término legales o se desistió del recurso la parte o su mandatario, con poder o cláusula especial.

e) Sentencias que contienen cantidad líquida y las que no contienen cantidad líquida: en las sentencias que no contienen cantidad líquida, es necesario promover previamente un incidente de liquidación en la que se establezca la cantidad a pagar. Cuando el condenado no objeta la liquidación el fallo será por el importe de la liquidación, lo que debe entenderse por el importe de la liquidación formulada por la parte vencedora, ante la ausencia de objeciones de la parte condenada.

⁶⁴ BECERRA BAUTISTA, José, El Proceso Civil en México, Editorial Porrúa, S.A., México, 1997

3.4. REQUISITOS.

Por lo que respecta a la sentencia como un documento judicial, las disposiciones procesales respectivas señalan varios requisitos tanto de forma como de fondo.

a) Por lo que respecta a las características formales la mayor parte de los códigos procesales mexicanos, no obstante que disponen que las sentencias y los llamados laudos en materia de trabajo no se sujetarán a formalidades especiales, sin embargo, señalan en el cuerpo el contenido formal de las mismas, que separan en tres partes, es decir, la relación de los hechos de la controversia; las consideraciones y fundamentos legales, y finalmente, los puntos resolutivos, que corresponden a los tres aspectos tradicionales de resultados, considerandos y puntos resolutivos. (artículos 222 del Código Federal de Procedimientos Civiles, 77 de la Ley de Amparo, y 840 de la Ley Federal del Trabajo 72 del Código de Procedimientos Penales)

b) Los requisitos de fondo no están tan claramente precisados en los ordenamientos procesales mencionados con anterioridad, por lo que de acuerdo con la doctrina y la jurisprudencia podemos señalar como tales las exigencia de congruencia, motivación, fundamentación y exhaustividad.

Varias disposiciones procesales señalan de manera expresa o implícita estos requisito de fondo de la sentencia, en cuanto disponen que las sentencias deben ser claras, precisas y congruentes, que deben fundarse en derecho y además, resolver todas las cuestiones planteadas en el proceso. Al respecto pueden mencionarse los artículos 81 del Código de Procedimientos Civiles, 1325 y 1327 del Código de Comercio; 842 de la Ley Federal del Trabajo; 77 y 78 de la Ley de Amparo y 237 del Código Fiscal de la Federación.⁶⁵

3.5. NATURALEZA JURISDICCIONAL DE LA EJECUCION DE SENTENCIAS.

La voz *exsecutio* del latín clásico, que en el bajo latín corresponde a *executio*, del verbo *exsequor*, significa cumplimiento, ejecución, administración o exposición. En el

lenguaje jurídico se entiende por ejecución el cumplimiento o satisfacción de una obligación, cualquiera que sea la fuente de que proceda, ya sea contractual, legal o judicial.

Por cuanto a la ejecución de lo mandado en una sentencia, explica Couture: "dícese de la ejecución cuyo título está constituido por una sentencia judicial, normalmente de condena".

En materia civil la ejecución puede ser realizada en forma voluntaria o forzosa. Es voluntaria cuando el obligado cumple espontáneamente; es, en cambio, forzosa cuando el cumplimiento se alcanza por medios legales con independencia o en contra de la voluntad del obligado.

En el antiguo derecho romano la Ley de las XII Tablas (*Lex duodecim tabularum* 450 a.C.) contenía la *Legis Actio per manus injectio*, que según se cree, fue la de origen más antiguo. Consistía en la aposición de la mano del acreedor sobre la persona del sentenciado en juicio o del que hubiere confesado su deuda, según la regla *in jure confessus pro judicato est*. Al efecto se le concedía un plazo de treinta días después de pronunciada dicha sentencia o de hecha la confesión ante el magistrado, para que pusiera en ejercicio los medios de que pudiera disponer a fin de dar satisfacción a su acreedor, tales como vender sus bienes, obtener la ayuda de sus parientes o amigos, etc.

La doctrina procesal analiza, por una parte, el desarrollo dialéctico de la controversia hasta llegar a la decisión compositiva del litigio, lo que constituye la fase de conocimiento o de juicio propiamente dicha y, por otra parte, la etapa de ejecución de lo dispuesto en la sentencia de condena cuando el mandato no ha sido espontáneamente cumplido por el obligado, según hemos dicho al principio. Carnelutti llama a la primera fase, de formación del mandato y a la segunda, de efectuación del mismo. En esta última se trata de dar efectividad material al acto de voluntad del juzgador, expresado en la sentencia y para ello se hace necesaria la realización de una serie de actos procesales que aunque pudieran *prima facie*, dar la impresión de ser actos ya no jurisdiccionales sino de índole administrativa, como parecen serlo los realizados en ejecución de la sentencia penal, son

⁶⁵ DICCIONARIO JURIDICO Mexicano. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, S.A., México 1994.

de verdad, a no dudarlo, actos propios de la jurisdicción estatal, sin los cuales ésta no podría en tales casos alcanzar sus fines.⁶⁶

3.6. JUEZ COMPETENTE PARA LA EJECUCION DE SENTENCIAS.

El juez que conoció del negocio en primera instancia es, en principio el competente para ejecutar: las sentencias definitivas ejecutorias, las dictadas en juicios que deban llevarse adelante por estar ya otorgada la fianza correspondiente, si la apelación se admitió en el efecto devolutivo y los convenios celebrados en juicio, tanto en primera como en segunda instancia. Igualmente es competente para ejecutar las sentencias interlocutorias que resuelvan incidentes.

Concordando con estas normas se establece que el tribunal que dicte sentencia ejecutoria en segunda instancia devolverá los autos al inferior acompañando la ejecutoria (artículo 503 C.P.C.) y que cuando se celebren transacciones o convenios en segunda instancia, se ejecutarán por él juez que conoció del juicio en primera instancia, a cuyo efecto el tribunal devolverá los autos al inferior, acompañándole testimonio del convenio. (artículo 502 C.P.C.).

La ejecución de las sentencias arbitrales, de los convenios celebrados ante la Procuraduría Federal del Consumidor y de los laudos dictados por ésta, se hará por el juez competente designado por las partes o, en su defecto, por el juez del lugar del juicio. (artículo 504 C.P.C.).

La ejecución de las sentencias y convenios en la vía ejecutiva se efectuará conforme a las reglas generales de los juicios ejecutivos.(artículo 505 C.P.C.).

Tratándose de sentencias dictada por tribunales de los Estados, deben observarse también las reglas de competencia por materia, grado, cuantía y territorio, del tal modo que resulte competente el juez requerido mediante el exhorto correspondiente. Sólo que los dos jueces pertenezcan al mismo tribunal de apelación, bastará "simple oficio" para ejecutar la sentencia. (artículo 530 C.P.C.).

⁶⁶ IDEM.

3.7. EXCEPCIONES PROCEDENTES CONTRA LA EJECUCION DE SENTENCIA.

De conformidad con el artículo 531 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, contra la ejecución de las sentencia y convenios judiciales no se admitirá más excepción que la de pago, si la ejecución se pide dentro de ciento ochenta días; si ha pasado este término, pero no más de un año, se admitirán, además las de transacción, compensación y compromiso en árbitros; y transcurrido más de un año serán admisibles también la de novación, la espera, la quita, el pacto de no pedir y cualquier otro arreglo que modifique la obligación, y la de falsedad del instrumento, siempre que la ejecución no se pida en virtud de ejecutoria o convenio constante en autos. Todas esta excepciones, sin comprender la de falsedad, deberán ser posteriores a la sentencia, convenio o juicio, y constar por instrumento público o por documento privado judicialmente reconocido o por confesión judicial. Se substanciarán estas excepciones en forma de incidente, con suspensión de la ejecución, sin proceder dicha suspensión cuando se promueva en el incidente respectivo, el reconocimiento o la confesión. La resolución que se dicte no admite más recurso que el de responsabilidad.

Los términos fijados en el artículo anterior se contarán desde la fecha de la sentencia o convenio; a no ser que en ellos se fije el plazo para el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso el término se contará desde el día en que se venció el plazo o desde que pudo exigirse la última prestación vencida si se tratare de prestaciones periódicas. (artículo 532 C.P.C.).

3.8. PLAZO Y VIGENCIA PARA LA EJECUCION DE SENTENCIAS.

Para que el condenado en juicio cumpla una sentencia o laudo arbitral o el obligado acate el convenio judicial o transacción, se establece un término improrrogable de cinco días (artículo 506 C.P.C.). Sin embargo, cuando se trata de obligaciones de hacer, el juez puede fijar un plazo prudente (artículo 517 C.P.C.) y lo mismo cuando se trate de rendición de cuentas. (artículo 519 C.P.C.).

El plazo empieza a correr a partir del momento en que surte efectos la notificación correspondiente.

La acción para pedir la ejecución de una sentencia, transacción o convenio judiciales, así como de laudos que ponen fin a juicios arbitrales, duran diez años contados desde el día en que venció el término judicial para el cumplimiento voluntario de lo juzgado y sentenciado. (artículos 529 y 533 C.P.C.).

3.9. VIA DE APREMIO Y JUICIO EJECUTIVO.

La ejecución de una sentencia de condena se puede llevar a cabo, en la legislación procesal civil distrital, por una de las dos vías siguientes, a opción de la parte vencedora:

- 1) La llamada vía de apremio, y
- 2) El juicio ejecutivo. (artículos 444, 500 y 506 C.P.C.).

La vía de apremio constituye la fase postrera de los juicios ordinarios en que ha recaído sentencia estimatoria de condena, siempre que el deudor no haya cumplido voluntariamente con el mandato contenido en ella.

Es también, el procedimiento para llevar a cabo la ejecución procesal o ejecución forzada. La vía de apremio constituye el procedimiento para el desarrollo de la etapa final del proceso, la etapa ejecutiva.

Etimológicamente apremio, viene de apremiar, que significa "compeler a uno a que haga prontamente una cosa".

Pero la eficacia práctica de la sentencia de condena se puede lograr no sólo a través de la vía de apremio, sino también por medio del juicio ejecutivo. De acuerdo con el artículo 444 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, las sentencias que causen ejecutoria constituyen títulos ejecutivos, es decir documentos que pueden dar motivo a un juicio ejecutivo.

Al lado de la sentencia existen otros documentos que pueden dar lugar también a la vía de apremio. De acuerdo con el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, los supuestos que pueden dar origen a la vía de apremio son:

1. Las sentencias firmes, es decir, aquellas que tengan la autoridad de la cosa juzgada;
2. Las sentencias definitivas que hayan sido objeto de apelación, la cual se hayan admitido en un sólo efecto o efecto devolutivo;
3. Las sentencias interlocutorias;
4. Los convenios y transacciones celebrados por las partes en el juicio y aprobados por el juzgador;
5. Los laudos arbitrales, que son las resoluciones definitivas que sobre le fondo del litigio sometido a arbitraje, pronuncian los árbitros;
6. Los convenios celebrados ante la Procuraduría Federal del Consumidor y los laudos que esta emita cuando actúe como árbitro.

El juicio ejecutivo, independiente del primero se tramita en dos secciones, la principal, que podría también llamarse de controversia y la de ejecución, que como su nombre lo indica, contiene todos los actos encaminados a la satisfacción material de las pretensiones del actor acogidas favorablemente en la sentencia, utilizada en tal caso como título ejecutivo.

Este juicio, no es una etapa procesal final, sino un verdadero proceso en el que existe la posibilidad de que se realicen todas las etapas procesales, si bien desde la fase expositiva se puede llevar a cabo una ejecución provisional sobre los bienes del demandado, para garantizar cautelarmente el pago de las prestaciones reclamadas por el actor.

En la realidad no se justifica la existencia de esas dos vías para una misma finalidad procesal y es de esperar que en una futura reforma el ordenamiento respectivo, se suprima el juicio ejecutivo para estos efectos y se deje subsistente tan sólo la vía de apremio.

3.10. EMBARGO.

Del verbo embargar, que proviene del latín vulgar *imbaricare*, usado en la península ibérica con el significado de "cerrar una puerta con trancas o barras" (de barra, tranca), que era el procedimiento originario del embargo.

En términos generales, el embargo puede ser definido como la afectación decretada por una autoridad competente sobre un bien o conjunto de bienes de propiedad privada, la cual tiene por objeto asegurar cautelarmente la eventual ejecución de una pretensión de condena que se plantea o planteará en juicio (embargo preventivo, provisional o cautelar), o bien satisfacer directamente una pretensión ejecutiva (embargo definitivo, ejecutivo o apremiativo).

El procedimiento de embargo comprende dos momentos fundamentales:

1) el auto o resolución que ordena el embargo, o auto de exequendo (ejecutando literalmente) como también se le llama no sin cierta impropiedad, puede dictarse, según el caso, antes del juicio, al iniciarse éste o durante él, como una medida cautelar o providencia precautoria, o bien con motivo de la iniciación de un juicio ejecutivo. En estos supuestos, el embargo tiene un carácter preventivo, cautelar o provisional y sus efectos quedan supeditados a lo que resuelva en la sentencia definitiva. Tiene este carácter el llamado embargo precautorio o secuestro provisional (aa. 235, 243-245 del Código de Procedimientos Civiles, 389-391 del Código Federal de Procedimientos Civiles).

En términos generales, la diligencia de embargo - que cuando es judicial debe ser conducida por el actuario, y cuando es de carácter administrativo debe ser dirigida por el ejecutor - se desenvuelve en los siguientes actos: a) requerimiento de pago que hace el actuario o ejecutor a la parte demandada, condenada u obligada; b) en caso de no obtenerse el pago, sigue el señalamiento de los bienes que van a ser embargados, para lo

cual se suele conceder la oportunidad de señalarlos, primero, al ejecutado, y, ante su omisión, al ejecutante o al ejecutor, de acuerdo con el orden previsto en los respectivos ordenamientos; c) señalados los bienes, el actuario o el ejecutor traba formalmente el embargo sobre ellos; d) después, el ejecutante - en el embargo judicial - o el ejecutor - en el administrativo - debe nombrar, bajo su responsabilidad, al depositario, administrador o interventor de los bienes embargados, con las excepciones previstas en las leyes respectivas, en las que el embargo, por ejemplo el que recae sobre dinero, no requiere de este nombramiento, y e) al final, el actuario o el ejecutor deben levantar un acta de la diligencia de embargo.⁶⁷

El embargo no es un fin en sí mismo, sino un medio para poder lograr la satisfacción de la sentencia de condena o de los demás supuestos de la vía de apremio, cuando éstos se traducen, directa o indirectamente, en el pago de una suma determinada de dinero. Eventualmente, el embargo por sí solo puede ser suficiente para lograr tal satisfacción: 1) cuando los bienes embargados consisten en dinero, pues entonces, en la misma diligencia de embargo se hace entrega inmediata al actor en pago, y 2) cuando el embargo haya recaído sobre un crédito y el importe de éste, entregado por el sujeto pasivo del mismo a la parte vencedora por resolución del juzgado, haya sido suficiente para cubrir las prestaciones objeto de la condena.

Pero regularmente el embargo de bienes de la parte condenada no es suficiente por sí solo para lograr la satisfacción de la sentencia de condena o de los demás supuestos de la vía de apremios que impliquen el pago de una suma determinada de dinero. Después del embargo, se hace precisa la enajenación de los bienes embargados para que con el producto de tal enajenación se haga el pago de la suma determinada de dinero a la parte ejecutante.

El procedimiento de enajenación de bienes inmuebles embargados culmina con el remate de dichos bienes, mientras que el correspondiente a los muebles no concluye con un remate, sino que se traduce solamente en la consignación del bien mueble a una casa de comercio o a un corredor, para que éstos a su vez enajenen dicho bien, sin que sea necesario que la enajenación sea mediante remate.

⁶⁷ Op. Cit.

De acuerdo con Alcalá-Zamora, el procedimiento para el remate de bienes inmuebles comprende básicamente las tres etapas siguientes: 1) avalúo; 2) subasta o remate, y 3) entrega del precio otorgamiento de escritura y pago al ejecutante.⁶⁸

3.11. OPOSICION DE TERCEROS A LA EJECUCION. TERCERIAS EXCLUYENTES.

En ocasiones, la ejecución procesal puede llegar a afectar, por diversos motivos, algunos bienes o derechos de personas que no hayan intervenido como partes en el proceso del cual derive la ejecución. En tales casos, estas personas - tercero extraños a la relación procesal - pueden oponerse a la ejecución para defender sus bienes y sus derechos a través de los procedimientos que el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, siguiendo la tradición hispánica, denominada tercerías excluyentes.

Las tercerías excluyentes son procedimientos a través de los cuales los terceros ajenos a la relación procesal se oponen a la afectación de sus bienes o de sus derechos, ya sea que dicha afectación haya sido decretada como una medida cautelar (durante el proceso) o bien que se haya llevado a cabo con motivo de la ejecución procesal a través de la vía de apremio.

Como consecuencia de la iniciación de la tercería excluyente, el tercero deja de ser ajeno a la relación procesal y se convierte, por tanto, en tercerista, es decir, en una nueva parte procesal cuya pretensión excluye las pretensiones y excepciones de las partes iniciales, al menos en lo que concierne a la afectación de los bienes o derechos cuya propiedad o titularidad, respectivamente aduce.

Las tercerías excluyentes pueden ser de dos clases:

- 1) de dominio y
- 2) de preferencia.

⁶⁸ OVALLE FAVELA, José. Derecho Procesal Civil, Harla, Colección Textos Jurídicos Universitarios, México, 1997. 7ª. Edición.

A través de la tercería excluyente de dominio el tercerista reclama la propiedad de los bienes afectados por la ejecución procesal o por la medida cautelar, y pide, como consecuencia, el levantamiento o insubsistencia del embargo decretado contra tales bienes. En cambio, a través de la tercería excluyente de preferencia, el tercerista reclama su "mejor derecho" a ser pagado con el producto del remate o de la enajenación de los bienes embargados, antes de que se haga el pago a la parte actora.

Las tercerías excluyentes se inician con una demanda, a la cual se debe acompañar necesariamente el "título en que se funde" la pretensión del tercerista, ya que sino se acompaña tal documento la demanda deberá ser desechada de plano. Las tercerías excluyentes pueden formularse "en todo negocio, cualquiera que sea su estado, con tal de que si son de dominio no se haya dado posesión de los bienes al rematante o al actor, en su caso, por vía de adjudicación, y que si son de preferencia no se haya desecho el pago al demandante.

La interposición de la demanda de tercería no suspende la continuación del procedimiento inicial, el cual podrá seguir tramitándose hasta antes del remate de los bienes inmuebles o de la enajenación de los muebles (si se trata de tercería excluyente de dominio), o bien hasta antes del pago con el producto del remate o la enajenación (si se trata de tercería excluyente de preferencia).

Si el juez estima fundada la demanda de tercería excluyente de dominio ordenará el levantamiento del embargo y, en su caso, la entrega de los bienes al tercerista; si la estima infundada, el procedimiento inicial continuará su curso con el remate o la enajenación de los bienes embargados.

Si el juez estima fundada la demanda de la tercería excluyente de preferencia ordenará que el pago se haga primero al tercerista y después a la parte actora, si aún queda dinero producto del remate o la enajenación. Si estima infundada la demanda, ordenará el pago directo a la parte actora.

Pero, si el actor y el demandado del proceso inicial se allanan a la demanda de tercería excluyente, o no la contestan dentro del plazo legal, el juez ordenará el

levantamiento del embargo (si es de dominio) o pronunciará sentencia (si es de preferencia).

Conviene aclarar que el tercero ajeno a la relación procesal y afectado en sus bienes o derechos, también puede oponerse a la ejecución a través del juicio de amparo indirecto, sin necesidad de agotar previamente el procedimiento de terceraía excluyente.⁶⁹

3.12. EL LAUDO ARBITRAL

Para el tratadista José Ovalle Fabela, el laudo es la decisión definitiva dictada por el árbitro para resolver el conflicto sometido al arbitraje. Equivale a la sentencia definitiva pronunciada por el juez en el proceso jurisdiccional. Los árbitros deben resolver de acuerdo con las reglas del derecho vigente, a no ser que en el compromiso o en la cláusula se les encomienda fallar "en conciencia". Esto significa que la regla general es que los árbitros deben resolver el litigio conforme a las disposiciones del derecho vigente, es decir, que deben actuar como árbitros de derecho; pero se permite que las partes acuerden que los árbitros resuelvan de acuerdo a la equidad, sin necesidad de fundar su laudo en normas expresas del derecho vigente, es decir, que actúen como árbitros de equidad, "arbitradores" o "amigables componedores".

El laudo debe ser firmado por cada uno de los árbitros. En el caso de que sean más de dos y la minoría se niegue a firmarlo, los otros deberán hacer constar esta circunstancia, la cual no afectará a la validez de la resolución arbitral. (Artículo 625 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal). Por último, el laudo puede ser apelado ante las salas competentes del Tribunal Superior, conforme a las reglas del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal sobre la apelación, en el caso en que las partes no hayan renunciado a este recurso. Contra la resolución que la sala pronuncie con motivo de la apelación, la parte interesada podrá promover juicio de amparo. En cambio, cuando las partes hayan renunciado a la apelación, el juicio de amparo no podrá promoverse contra el laudo, por no ser un acto de autoridad, sino contra la resolución judicial que ordene su ejecución.⁷⁰

⁶⁹ IDEM.

⁷⁰ Ob. Cit.

3.13. EJECUCION DE LOS LAUDOS ARBITRALES.

De acuerdo con el artículo 632 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, una vez notificado el laudo se pasaran los autos al juez ordinario para su ejecución, a no ser que las partes pidieren aclaración de sentencia.

En la resolución judicial que ordene la ejecución del laudo, el juzgador otorga un exequatur, un reconocimiento a la decisión del árbitro. Aquí cabe preguntar si, para otorgar ese reconocimiento, el juez puede revisar el laudo y en su caso, conceder o negar la ejecución o si bien el juez no puede realizar ninguna revisión y, una vez presentado el laudo, debe ordenar invariablemente su ejecución. A este respecto, la Suprema Corte de Justicia ha expresado: "Los jueces, al presentárseles un laudo arbitral para su ejecución, tienen la obligación ineludible de aceptar el elemento lógico que, con autorización de la Ley Procesal, les proporciona el árbitro constituido por la voluntad de las partes, pudiendo rechazar ese elemento lógico sólo cuando haya en juego, y resulten violados, preceptos que irrefragablemente (sic) deben observarse".

De acuerdo con este criterio judicial, la regla es que los laudos pronunciados por los árbitros no requieren ser revisados y aprobados previamente por los jueces ordinarios, para que éstos ordenen su ejecución. Sin embargo, los jueces ordinarios sí pueden negarse a ejecutar un laudo cuando, a su juicio, éste viole "preceptos que irrefragablemente deben observarse". En el mismo precedente se expresa que "la revisión que del laudo hagan los tribunales, debe tener por objeto exclusivo, determinar si pugna con algún precepto, cuya observancia esté por encima de la voluntad de los comprometidos..."

El problema es ¿cuales son esos preceptos?. En este sentido, Toral Moreno considera que el juez ordinario debe negarse a ejecutar el laudo, entre otras, en las siguientes hipótesis:

- 1) Cuando el negocio sobre el que versa el laudo no esté clara e inequívocamente precisado en el compromiso (artículo 616 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal)

2) Cuando se trata de asunto no comprometibles (artículo 615 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal) y

3) Cuando la designación del árbitro se hizo por quién no está en pleno ejercicio de sus derechos o no se realizó en la forma y con los requisitos que señalan los artículos 612 a 616 del citado Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal de aplicación supletoria.

Una ejecutoria del Segundo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, ha sostenido que los jueces ordinarios pueden negar la ejecución del laudo cuando adviertan que "el árbitro se ha apartado ostensiblemente de los requisitos procesales estipulados en el respectivo compromiso o cláusula compromisoria, con evidente violación a las normas esenciales de todo juicio, que son de orden público.

En todo caso, es evidente que la parte que se considere afectada por el laudo o por el procedimiento arbitral, y que no pueda apelar por haber renunciado a este recurso, podrá hacer valer sus motivos de inconformidad al interponer su demanda de amparo contra el auto que ordene la ejecución del laudo.

Es competente para la ejecución del laudo, el juez designado en el compromiso o la cláusula, y en su defecto, el que se encuentre en turno. (artículo 633 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal).

Para la ejecución de los medios de apremio que los árbitros pueden imponer con motivo del arbitraje, aquéllos también deben solicitar el auxilio de los jueces competentes (artículo 631 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal)⁷¹

⁷¹ OVALLE FAVELA, José. Derecho Procesal Civil, Harla, Colección Textos Jurídicos Universitarios, México, 1997, 7ª. Edición.

CAPITULO IV.

LA EJECUCION DE SENTENCIAS Y LAUDOS EN MATERIA DE SEGUROS.

4.1. EL PROCEDIMIENTO JURISDICCIONAL EN MATERIA DE SEGUROS.

El procedimiento jurisdiccional en materia de seguros, comienza a partir de que el asegurado presente el escrito de queja que formule en contra de la Institución Aseguradora, y al no lograr conciliar sus intereses en la audiencia conciliatoria que al efecto se señale, en la misma, no se concilien los intereses y al no estar de acuerdo en designar arbitro a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en alguna de sus modalidades, se dejen a salvo del derechos de éste, quien podrá ocurrir ante los tribunales competentes, siguiendo ante dichos tribunales un juicio ordinario mercantil previsto en el Código de Comercio, de conformidad con lo establecido por la fracción IX del artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros el cual prevé:

IX.- Si alguna de las partes no estuviere de acuerdo en designar árbitro a la Comisión, el reclamante podrá recurrir desde luego ante los tribunales competentes.

La salvedad de derechos, puede presentarse por tres motivos:

a) Porque la compañía aseguradora no acepte la exhortación que le haga la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de someter la diferencia al arbitraje del citado Organismo.

En este caso, el reclamante contará con dos años para ocurrir ante los tribunales competentes a demandar a la aseguradora contados a partir de la fecha en que se dejaron

a salvo sus derechos, en atención al término previsto por el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En el supuesto de que se haya ordenado la constitución de la reserva técnica específica, el reclamante contará con 120 días naturales, a partir de la fecha en que se dejaron a salvo sus derechos, para ocurrir ante los mencionados tribunales competentes. En caso contrario, la aseguradora bajo su responsabilidad, cancelará la citada reserva.

b) Porque el reclamante no acepte la invitación de que se trata.

En este caso, al igual que el anterior, el reclamante contará con dos años para ocurrir ante los tribunales competentes a demandar a la aseguradora, en atención al término establecido por el artículo 81 de citada Ley Sobre el Contrato de Seguro, y en el supuesto de que se haya ordenado la constitución de la reserva técnica específica, contará con 120 días naturales, a partir de la fecha en que se dejaron a salvo sus derechos, para acreditar haber ocurrido ante los mismos. En caso contrario, la aseguradora bajo su responsabilidad, cancelará la citada reserva.

c) Por incomparecencia del reclamante a la audiencia conciliatoria. En este caso no se ordenará constituir reserva sino hasta que el reclamante acredite haber ocurrido ante los tribunales competentes.

En los anteriores casos se le dejaron a salvo sus derechos ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para que el citada quejoso ocurra ante los tribunales competentes a hacer valer sus derechos, esto de conformidad con lo establecido en la fracción I del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros el cual establece que:

" I. Los tribunales no darán entrada a demanda alguna contra una empresa de seguros si el actor en ella no afirma bajo protesta de decir verdad, que ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se agotó el procedimiento conciliatorio a que se refiere la fracción I del artículo anterior.

En cualquier momento en que aparezca que no se agotó el procedimiento conciliatorio, deberá sobreseerse la instancia e imponer al actor las costas originadas por el procedimiento.

La omisión del procedimiento conciliatorio en la vía administrativa constituye además, una excepción dilatoria que puede interponerse por la empresa de seguros demandada."

4.2. LA EJECUCION DE LAS SENTENCIAS EN MATERIA DE SEGUROS.

De conformidad con la fracción III del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros:

"III.- Para el cumplimiento de la sentencia ejecutoria que se dicte en el procedimiento, el juez de los autos requerirá a la empresa de seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada, y en caso de omitir la comprobación, el juez lo comunicará a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a efecto de que imponga sanción en los términos de la fracción VII del artículo 135 de este ordenamiento, sin perjuicio de que ordene a la propia Comisión a que pague a la persona, en cuyo favor se hubiere dictado sentencia, del monto de la reserva constituida, la Comisión procederá al remate en bolsa de los valores depositados en los términos de esta Ley, y si ellos estuvieren afectos a las reservas de la empresa de seguros, ésta deberá reponerlos en los términos que esta Ley señala para la reconstitución de las reservas. La Comisión deberá cumplir con la solicitud que al efecto le haga el tribunal dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que la reciba".

El trámite que señala esta fracción del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros es muy claro, cabiendo hacer las siguientes observaciones que en la práctica se presentan:

a) en la práctica, en algunas ocasiones al recibir la solicitud por parte de los Jueces a fin de que se ejecute la sentencia correspondiente, la Comisión Nacional de Seguros y

Fianzas solicita la remisión de copia de sentencia así como del auto en donde se establezca que la misma ha causado ejecutoria, y

b) que con motivo de la reforma que sufrió la aludida Ley el 3 de enero de 1997, la multa a que refiere la citada fracción VII del artículo 135, se derogó.

4.3. EL PROCEDIMIENTO ARBITRAL EN MATERIA DE SEGUROS.

Antes de entrar al estudio del procedimiento seguido ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en relación con las reclamaciones y juicios arbitrales ventilados en contra de Instituciones de Seguros y de Fianzas, es de capital importancia, conocer el motivo por el que se ha encomendado a dicha Comisión la función de impartir justicia en la materia que nos ocupa, en los términos de los artículos 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y 93 bis de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas.

Es evidente que el legislador se percató que los jueces del orden común poseen una indiscutible capacidad para resolver las controversias ante ellos planteadas pero siendo tan vasta la esfera de su jurisdicción no era conveniente jurídicamente que una materia de tal relevancia integrara el volumen de aquellas controversias, ya que era impostergable que la justicia en esta rama del derecho fuera impartida por técnicos conocedores de las Instituciones de Seguros y de Fianzas, del contenido de sus pólizas, de las obligaciones contraídas por ellas, de los derechos que le asisten a las personas que reclaman, o sea, atender los sectores que integran el sistema.

En esa virtud, se le otorgó a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, entre otras funciones, la de impartir justicia en una área técnica por excelencia como lo es la de seguros y fianzas.

De acuerdo con lo establecido por el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, al presentarse una reclamación en contra de una institución aseguradora con motivo de la interpretación o violación al contrato de seguro, la Comisión se abocará al conocimiento de la reclamación y la tramitará en los términos del

precepto legal mencionado, del cual haremos un breve análisis, porque en la práctica constituye el mecanismo legal que estructura los niveles que norman el procedimiento a seguir hasta la emisión del laudo correspondiente.

Antes de entrar al análisis del arbitraje ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, es conveniente hacer una breve semblanza de lo que es el arbitraje.

El juicio arbitral es tan antiguo como el derecho romano. Ya en la Ley de las Doce Tablas figuran disposiciones relativas a los árbitros. La tabla IX-III, imponía la pena de muerte al árbitro dado por los magistrados que recibieran dinero para pronunciar su sentencia, como se desprende de unos textos de las Noches Aticas de Auto -Gelio (20-1) y de Cicerón, en su Defensa de Verres, (2-32 y 1-13).

En la tabla XI, también hay una Ley que se refiere al árbitro. La institución se desarrolló plenamente y en las pandectas hay numerosas disposiciones concernientes al juicio arbitral.

Lo mas importante que contienen, es lo siguiente:

a) Los árbitros se llamaban también compromisorios y receptus.

La primera palabra tenía su origen en el compromiso que celebraban las partes, para someter sus diferencias al árbitro; la segunda hacía referencia al hecho de que el árbitro era admitido por los litigantes con el mismo objeto. Pueden consultarse las leyes del lib. IV, tít. 8 del Digesto, lib.II, tit. 56 del Código y Novela 82;

b) Los jueces podían ser árbitros, excepto en los negocios de los cuales ya conocían como jueces;

c) No podían ser árbitros los pupilos, los sordomudos, los esclavos ni las mujeres. Estas últimas, porque según el digesto, las funciones de los árbitros eran propias de los hombres. Tampoco podían ser árbitros los menores de 20 años;

d) Se podía nombrar un sólo árbitro o varios, pero en este último caso, el número debía ser impar, a efecto de que los votos no se empataran;

e) No había acción para obligar a los árbitros a dar su voto, pero en caso de que no lo hicieran, eran responsables de los daños y perjuicios que se ocasionaran a las partes;

f) El compromiso era nulo cuando el nombramiento de los árbitros recaía en persona que no podía desempeñar el cargo, cuando era contraído por individuos a quien tampoco era lícito comprometer sus negocios, y, finalmente, cuando se pronunciaba el laudo fuera del tiempo estipulado;

g) Para que la sentencia de los árbitros fuera válida, era indispensable que la pronunciase delante de las partes, a menos que éstas los hubiesen autorizado a hacerlo de otra manera;

h) El cargo de árbitro no podía delegarse, por su carácter personalísimo;

i) Los árbitros no tenían poder alguno coercitivo para obligar a las partes a comparecer en juicio o cumplir lo ordenado en el laudo. Por lo tanto, dice Dalloz, el compromiso carecía de valor si no era acompañado de la estipulación de una pena para el caso de que las partes se negaran a acatar la sentencia de los árbitros. (Ulpiano, l.13-1 de Receptum). Pero este sistema fue modificado por Justiniano que concedió la acción de cosa juzgada para hacer cumplir el laudo.⁷²

El arbitraje (del latín *arbitratus*, de *arbitror*; arbitraje) es una forma heterocompositiva, es decir, una solución al litigio, dada por un tercero imparcial (Camelutti), un juez privado o varios, generalmente designado por las partes contendientes (en ausencia de su consentimiento el nombramiento será hecho por el juez público nacional), siguiendo un procedimiento que aunque regulado por la ley adjetiva tiene un ritual menos severo que el del procedimiento del proceso jurisdiccional. La resolución por la que se manifiesta el

⁷² PALLARES, Eduardo, Diccionario de Derecho Procesal Civil, Editorial Porrúa, México, 1994, Vigésima primera edición, p.471-472

arreglo se denomina laudo, cuya eficacia depende de la voluntad de las partes o de la intervención judicial oficial, según las diversas variantes que se presenten.⁷³

Por juicio arbitral se entiende el que se tramita ante jueces árbitros y no en los tribunales previamente establecidos por la ley. Los jueces árbitros son particulares o personas morales que conocen de un litigio, lo tramitan y resuelven, según lo convenido por las partes o de acuerdo con las prescripciones legales.⁷⁴

Se ha dicho que el arbitraje significa un procedimiento más rápido que el judicial, menos solemne y formulista que éste y aún, más privado o secreto por contraste con el desenvolvimiento del proceso en público.⁷⁵

También se ha afirmado que el arbitraje suprime actuaciones y abrevia plazos, de donde resulta una economía de tiempo y trabajo para los mismos tribunales; favorece la transacción y disminuye la litigiosidad evita el escándalo de ciertos juicios y reduce los abusos de los medios de defensa; atempera la animadversión de los litigantes vencidos, ennoblece la misión del jurisconsulto que dirige sus esfuerzos a la prevención de las disputas y mejora la substanciación del procedimiento.⁷⁶

Como objeto de convenciones y reuniones internacionales, o como tema de estudios y debates públicos en lo nacional, el arbitraje ha mantenido vivo el interés de organismos públicos y particulares. Pero algo falta o sobra en la institución que le impide una cristalización efectiva, y ello bien pudiera ser la fatalidad del reenvío a la autoridad judicial, en unos casos para la ejecución del laudo, y en otros que infortunadamente no escasean, para el auxilio en la substanciación y aún para la decisión de cuestiones previas y prejudiciales.⁷⁷

De conformidad con lo establecido por el Licenciado Eduardo Pallares⁷⁸ que nos menciona que los arbitrajes pueden ser:

⁷³ DICCIONARIO JURIDICO Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, S.A., Universidad Nacional Autónoma de México, 7ª. Edición, Tomo I, p.199

⁷⁴ Ob. Cit. Pallares 169.

⁷⁵ BARRIOS DE ANGELIS, Dante; El Juicio Arbitral, Montevideo, 1956, p.61

⁷⁶ VILLALOBOS, Francisco J., Enjuiciamiento convencional. Ensayo Sobre la Sustentación Civil, México, 1873, p.138

⁷⁷ ARCE, Alberto G. Derecho Internacional Privado, Universidad de Guadalajara, 1961, p. 127.

⁷⁸ PALLARES, Eduardo, Diccionario de Derecho Procesal Civil, Editorial Porrúa, S.A. de C.V., México, 1994, Vigésima primera Edición, p.472.

a) Voluntarios, cuando los árbitros son nombrados libremente por las partes;

b) Necesario, cuando la ley obliga a las partes a someter sus diferencias a los árbitros, como lo hace el Código actual en sus disposiciones transitorias;

c) Arbitros de derecho, son los que deben pronunciar su laudo acatando las normas aplicables al caso. Los amigables componedores o árbitros de equidad, están facultados para decidir el litigio de acuerdo con su conciencia, sin atenderse a lo prescrito en las leyes. El jurisconsulto Cogliolo, citado por Plaza, sostiene que esta diferencia no es verdadera, porque también los árbitros de derecho han de tener en cuenta los principios de la equidad al pronunciar su fallo, y porque la equidad figura también en las normas legislativas.

Este punto de vista es erróneo porque existe una diferencia entre apearse a la ley al dictar un fallo, o pronunciarlo sin tenerla en cuenta y siguiendo los dictados de la propia conciencia. Las leyes no siempre ordenan lo que es justo ni la conciencia individual está de acuerdo con el criterio de los legisladores.

d) Plaza distingue el arbitraje judicial, que debe llevarse a cabo de acuerdo con las normas procesales, del extrajudicial que se realiza sin forma alguna de juicio. En opinión del citado autor, este último no es válido en nuestro derecho, cuenta habida de la garantía de previa audiencia judicial. Si embargo, si las partes se obligan a estar y pasar por lo que resuelva en determinado conflicto una o más personas, esta obligación no será nula, pero mediante ella no se constituirá ningún tribunal arbitral ni las personas designadas serán árbitros.

Los interesados podrán, en caso de incumplimiento o bien pedir rescisión del contrato con el pago de daños y perjuicios, o demandar el cumplimiento de lo estipulado en juicio ordinario, pero no podrán hacer valer las acciones y excepciones de cosa juzgada que dimanen de un laudo ejecutoriado.

Para el Licenciado Cipriano Gómez Lara,⁷⁹ reconoce al arbitraje como un procedimiento paraprocesal, es decir, él está junto y al lado del proceso, es el más cercano

⁷⁹ GOMEZ LARA, Cipriano, Teoría General del Proceso, Colección de Textos Jurídicos Universitarios, octava edición, Harla, México, p.32 y 33.

al mismo, pero no constituye, en rigor, un genuino proceso jurisdiccional, porque no hay por parte del árbitro, el desempeño de una genuina y verdadera función jurisdiccional, como la cumple exclusivamente el Estado, investido de la potestad de imponer, aún contra la voluntad de los pleitantes, el sentido de la resolución por cuyo medio termine el proceso.

En atención a lo manifestado por el Licenciado Eduardo Pallares⁸⁰ que manifestó que las doctrinas relativas al juicio arbitral pueden dividirse en dos grupos: las que sostienen que el compromiso es un contrato privado con efectos de derecho privado, niegan que los árbitros tengan jurisdicción y que el procedimiento seguido ante ellos sea un verdadero juicio.

Agrega, que en la actual legislación mexicana el juicio arbitral es un verdadero juicio y los árbitros ejercen jurisdicción a pesar de no ser autoridades. ¿como puede ser esto? La doctrina de Rocco, a la que se adhiere el mencionado autor, lo explica fácilmente. Según este jurísculto, no son las partes que celebran el compromiso las que atribuyen jurisdicción a los árbitros, sino la ley misma la que lo hace.

Doctrinalmente el arbitraje es estructurado, en algunos casos, por:

- a) Un acuerdo, cláusula compromisoria o compromiso arbitral;
- b) Un procedimiento, ya sea en estricto derecho o en amigable composición;
- c) Un laudo, y
- d) La cumplimentación o ejecutorización del laudo.

Para el Licenciado José Ovalle Favela,⁸¹ el arbitraje, presupone la existencia de un conflicto, de un litigio que surge entre las partes; pero para que pueda operar se requiere que haya dentro de ese litigio un acuerdo entre las partes para someter sus diferencias al arbitraje.

⁸⁰ Op. Cit. 472- 473.

⁸¹ OVALLE FAVELA, José. Derecho Procesal Civil, Editorial Harla, Colección Textos Jurídicos Universitarios, México, 1997, p. 24.

Este acuerdo previo entre las partes es el que se denomina en el procedimiento arbitral en materia de seguros como "compromiso arbitral" que consiste en una acta que es levantada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, una vez agotada la etapa conciliatoria, en la cual las partes convienen expresamente y de común acuerdo su voluntad de designar árbitro a la citada Comisión, para que mediante arbitraje en estricto derecho o en amigable composición o bien en estricto derecho con reducción de términos, resuelva la controversia que le es sometida.

En México el arbitraje se ha diversificado en diversas áreas y legislaciones como son las siguientes:

a) La Ley Sobre el Registro de la Transferencia de Tecnología y el Uso y Explotación de Patentes y Marcas, publicada en el Diario Oficial de 30 de diciembre de 1972, cuyo artículo 7º prohíbe que la Secretaría de Industria y Comercio inscriba los contratos en que se someta a tribunales extranjeros el conocimiento o la resolución de los juicios que puedan originarse por la interpretación o cumplimiento de los referidos actos;

b) La Ley para Promover la Inversión Mexicana y Regular la Inversión Extranjera, publicada en el Diario Oficial del 9 de marzo de 1973;

c) La Ley Federal de Protección al Consumidor, publicada en el Diario Oficial de 22 de diciembre de 1975, que en su artículo 59 prevé la posibilidad de erigir a la Procuraduría Federal del Consumidor en tribunal arbitral si las partes lo desearan.

d) La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, que en su artículo 135 prevé la posibilidad de que en caso de que no se concilien los intereses se designe árbitro a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

e) La Ley Federal de Derechos de Autor, que faculta a la dirección respectiva para actuar como amigable componedor en las juntas de avenencia entre las partes en conflicto;

f) La Ley en Materia de la Industria Azucarera, ha creado un Tribunal Arbitral para conflictos cañeros entre los cultivadores y los productores;

g) La Ley de Cámaras de Comercio y de Industrias, en su fracción V del artículo 4°, las faculta para actuar en conflictos entre comerciantes o industriales si las partes así lo acuerdan.

h) La Ley para la Protección del Comercio Exterior de México, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 31 de diciembre de 1956;

i) La Ley Federal de Instituciones de Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 29 de diciembre de 1950, en su artículo 93 bis prevé el caso de que el reclamante y la afianzadora designen arbitro a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a través de un procedimiento arbitral en amigable composición siempre que lo hubiere convenido con el fiado.

j) En el campo del derecho transnacional, es conveniente partir del hecho de la suscripción del convenio sobre el reconocimiento y ejecución de las sentencias arbitrales extranjeras según decreto publicado en el diario oficial de 22 de junio de 1971, que vino a coronar los esfuerzos de la Sección Mexicana de la Comisión Interamericana de Arbitraje Comercial para que el país formara parte del sistema internacional que gira en torno al Convenio de Nueva York, permitiendo así una fluida y menos complicada tramitación en el reconocimiento y ejecución de los laudos extranjeros, y

k) Además, hay que agregar la Convención Interamericana de Arbitraje Comercial, aprobada en Panamá en enero de 1975 y adherida por México en 1977.⁸²

El procedimiento arbitral que se tramita ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas por conducto de la Dirección de Juicios Arbitrales y Amparos, de conformidad con lo establecido por el artículo 38 del Reglamento Interior de la citada Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se inicia en caso de que las partes no logren conciliar sus intereses en la etapa conciliatoria y acepten la invitación que haga el abogado conciliador a someter sus diferencias al arbitraje de dicha Comisión.

Los arbitrajes que se tramitan ante este órgano son:

⁸² BRISEÑO SIERRA, Humberto, Estudios sobre arbitraje, Cárdenas Editor Distribuidor, Primera Edición 1995, p.147.

- a) El arbitraje en estricto derecho:
- b) El arbitraje en amigable composición, y
- c) El arbitraje en estricto derecho con reducción de términos.

El artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros el mismo estatuye:

e) en la junta de avenencia se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, y si esto no fuere posible, la Comisión las invitará a que voluntariamente y de común acuerdo la designen árbitro, sea en amigable composición o en juicio arbitral de estricto derecho, a la elección de las mismas. El compromiso correspondiente se hará constar en acta que al efecto se levante ante la citada comisión.

f) las Delegaciones Regionales de la Comisión tramitarán el procedimiento conciliatorio y, en su caso, el procedimiento arbitral escogido por las partes hasta la formulación del proyecto de laudo.

En el arbitraje en estricto derecho, las partes facultan a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a resolver la controversia planteada con estricto apego a las disposiciones legales aplicables y determinarán las etapas, formalidades y términos a que se sujetará el arbitraje.

Para tal efecto, las partes pasan a formular las bases del arbitraje mediante la elaboración del compromiso arbitral en estricto derecho correspondiente.

Para el Licenciado Eduardo Pallares,⁸³ el compromiso arbitral es un contrato,

⁸³ PALLARES, Eduardo, Diccionario de Derecho Procesal Civil, Editorial Porrúa, S.A. de C.V., México, 1994, Vigésima primera Edición, p.472.

consensual, formal, bilateral, a título oneroso y conmutativo, por el cual las partes se obligan:

- 1°. A no acudir a los tribunales para la decisión de un litigio que tienen pendiente;
- 2°. Someten dicho litigio al conocimiento y decisión de uno o varios jueces árbitros;
- 3°. Estipulan la forma de tramitar el juicio arbitral;
- 4°. Fijan sanciones para el caso de que alguno de los contratantes no cumpla lo convenido;
- 5°. Nombran jueces árbitros o determinan la manera de designarlos;
- 6°. Precisan el lugar en que ha de seguirse el juicio arbitral y su duración.

No todas las estipulaciones anteriores son esenciales para la validez del compromiso arbitral.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas cuenta con una forma impresa, en la que se establecen las etapas, formalidades y términos a que se sujetará el arbitraje de referencia, el cual una vez sometido a consideración de las partes, las mismas facultan a la comisión a resolver la controversia planteada.

Por lo que se refiere a las disposiciones que abran de aplicarse en el procedimiento arbitral ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la parte conducente del artículo 135 de la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en su fracción III, estatuye que:

Se aplicará supletoriamente el código de comercio, a excepción del artículo 1235 y a falta de disposición en dicho código, se aplicarán las del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, a excepción del artículo 617;

Por lo que respecta a este punto, la parte conducente del formato de compromiso arbitral elaborado por la aludida Comisión, prevé:

-1.- En el presente juicio se aplicarán las disposiciones contenidas en el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y el mismo seguirá la forma del ordinario mercantil, previsto en el Código de Comercio, el cual se aplicará supletoriamente, a excepción de sus artículos 1214, primer párrafo, 1235, 1253, 1254, 1255, 1256, 1378, primer párrafo, 1380 y 1417, fracción III y sus correlativos con el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal. También supletoriamente y a falta de disposición en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en el Código de Comercio, se aplicarán las del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, a excepción de su artículo 617. Asimismo se observarán las siguientes modalidades:-----

4.- Las partes convienen en que el presente juicio arbitral se apliquen las reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros publicadas en el Diario Oficial de la Federación de fecha tres de enero de mil novecientos noventa y siete. -----

En virtud de lo anterior, en el arbitraje celebrado entre las partes seguirá la forma del ordinario mercantil, debiendo tanto las partes como el arbitro, atender en primer lugar, lo pactado por las partes en el compromiso arbitral, así como lo previsto por el artículo 135 de la aludida Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, aplicar supletoriamente el Código de Comercio y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal a falta de disposición en el aludido Código de Comercio, con excepción de los artículos excluidos en dicho compromiso, mismos que fueron excluidos con la finalidad de agilizar el procedimiento y en atención a la equidad que debe haber entre las partes dentro de un proceso.

Por lo que respecta al punto cuatro del citado compromiso arbitral, el mismo tiene su razón de ser en atención a las reformas, y adiciones que sufrieron diversas disposiciones de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros publicadas en el Diario Oficial de la Federación de fecha 3 de enero de 1997, con motivo, de las reformas que sufrió el Código de Comercio y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 24 de mayo de 1994.

Las partes en el juicio arbitral en estricto derecho:

a) La parte reclamante, ahora actora.

b) La empresa aseguradora, ahora demandada.

c) El instructor del procedimiento arbitral quien actúa con un abogado quién fungirá como Secretario de Acuerdos.

El compromiso arbitral establece que:

– 2.- Las partes convienen expresamente en que será instructor del procedimiento hasta la total solución del presente asunto, el director de conciliación y arbitraje de esta Comisión o quien lo sustituya, debiendo, en su caso, actuar con un abogado de la citada dirección, quien fungirá como secretario de acuerdos para dar fe.-----

Cabe indicar que el aludido arbitraje no contempla la figura del tercero perjudicado o ajeno al juicio.

Por lo que respecta a la personalidad dentro del procedimiento arbitral, al suscribir el arbitraje las partes se reconocen expresamente la personalidad, por lo que en caso de llegarse a plantear una cuestión de falta de personalidad por alguna de las partes la misma será improcedente, por lo que es importante que antes de que las partes se sometan al citado arbitraje revisen que la parte contraria tenga debidamente acreditada su personalidad y en caso contrario impugnen dicha personalidad, antes del sometimiento al arbitraje.

El hecho de que se tengan por reconocidas las respectivas personalidades trae como consecuencia que las partes no tengan la necesidad de acompañar, tanto a su escrito de demanda como de contestación a la misma, el testimonio de poder con el que acrediten sus personalidades, siempre y cuando la persona que se sometió al arbitraje sea la misma que presenta y firma la demanda o la contestación de la misma.

En esa virtud, la parte conducente del compromiso arbitral a que se viene haciendo referencia, establece:

- a). En el juicio se tendrá por reconocida la personalidad con que se ostentan los representantes de las partes, que en su caso comparecen a celebrar el presente compromiso arbitral.-----

Asimismo en el aludido arbitraje se fijará la litis correspondiente.

Se entiende por fijación de la litis la determinación precisa de las cuestiones controvertidas que las partes sometan a la decisión del árbitro.

Mediante esta fijación de la litis se determinará el objeto del arbitraje a través los correspondientes escritos de demanda y contestación a la misma, sujetándose las partes exclusivamente a los puntos controvertidos que en ellos se esgriman.

En esa virtud la parte conducente del compromiso arbitral en estudio establece:

- d).- El objeto del arbitraje deberá precisarse mediante los respectivos escritos de demanda y contestación y, a la litis que así quede constituida, deberá concretarse el laudo que se pronuncie.-

Cabe mencionar que la reconvención, no puede proponerse al celebrar las partes el compromiso arbitral ya que en éste se excluye expresamente el artículo 1380 del Código de Comercio.

Por lo que se respecta al cómputo de los términos, los mismos empezarán a contarse a partir del día siguiente a aquél en que surtan efecto las notificaciones respectivas, es decir, es igual que en los procedimientos mercantiles y civiles locales.

La parte conducente del artículo 135 de la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros estatuye que:

Los términos serán improrrogables, se computarán en días hábiles y en todo caso, empezarán a contarse a partir del día siguiente a aquél en que surtan efectos las notificaciones respectivas.

...una vez concluidos los términos fijados, sin necesidad de que se acuse rebeldía, seguirá su curso el procedimiento y se tendrá por perdido el derecho que debió ejercitarse, salvo en caso que no se presente la demanda, supuesto en el que se dejarán a salvo los derechos del reclamante.

En el multicitado formato del compromiso arbitral elaborado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se establece:

--k).- Los términos serán improrrogables, se computarán en días hábiles, y en todo caso, para computar el término respecto a las notificaciones por lista así como a las personales el mismo empezará a correr a partir del día siguiente hábil a aquél en que surtan sus efectos las notificaciones respectivas.-----

Respecto a las etapas con las que cuenta el arbitraje en estricto derecho, la parte conducente del artículo 135 de la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros estatuye que:

III.- En el convenio que fundamente el juicio arbitral de estricto derecho, las partes facultarán a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a resolver la controversia planteada con estricto apego

a las disposiciones legales aplicables y determinarán las etapas, formalidades y términos a que se sujetará el arbitraje, los cuales no excederán de los siguientes plazos:

a).-Nueve días para la presentación de la demanda, contados a partir del día siguiente al de la celebración del compromiso; y el mismo plazo para producir la contestación, contado a partir del día siguiente a aquél en que surta efectos la notificación, debiendo acompañar a dichos escritos el documento o documentos en que se funden la acción y las excepciones y defensas correspondientes y aquellos que puedan servir como prueba a su favor en el juicio. Sólo le serán admitidos los que presentaren con posterioridad, conforme a lo previsto en el Código de Comercio;

En el formato del compromiso arbitral elaborado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se establece:

--b).- La parte actora deberá presentar su demanda en un término de NUEVE DIAS que se empezará a contar a partir del día siguiente hábil al de esta fecha y la demandada deberá producir su contestación dentro de un término de NUEVE DIAS que empezará a contarse a partir del día siguiente hábil al del emplazamiento. Las partes deberán acompañar a sus escritos de demanda y contestación el documento o documentos en que el actor funde su acción y la demandada sus excepciones y defensas correspondientes teniendo la obligación ineludible las partes de detallar cada documento que exhiban a fin de que exista una identificación expedita de los mismos durante la dilación probatoria y, en caso de no tenerlos, deberán acreditar con el acuse de recibo correspondiente haber solicitado su expedición. Asimismo, las partes deberán exhibir con sus respectivos escritos de demanda y contestación de demanda, los documentos que tengan en su poder, que puedan servir como prueba de su parte

en el juicio y los que presentaren después, no les serán admitidos, salvo que se trate de pruebas supervenientes.-----

--c).- Las partes podrán autorizar para oír y recibir notificaciones en su nombre a una o varias personas con capacidad legal, quienes quedarán facultados en los términos establecidos en el artículo 1069 del Código de Comercio, para interponer los recursos que procedan, ofrecer e intervenir en el desahogo de pruebas, alegar en las audiencias, pedir que se dicte resolución para evitar la consumación del término de caducidad por inactividad procesal y realizar cualquier acto que resulte ser necesario para la defensa de los derechos del autorizante, pero no podrá substituir o delegar dichas facultades en un tercero. Debiendo quedar agregada a las actuaciones la copia certificada de la cédula profesional que se exhiba. -----

-- 3.- En consecuencia, se concede a la parte actora un término de NUEVE DIAS contado a partir del siguiente día hábil al de esta fecha para presentar su demanda. Si presentada ésta en tiempo, adoleciere de alguna irregularidad, se requerirá personalmente a la parte actora para que en un término de TRES DIAS, subsane cualquier omisión de los requisitos procesales de ley que impidan que la misma sea admitida. Si en su caso, se tiene como no presentada la demanda, se declarará sin materia el arbitraje dejando a salvo los derechos de la parte reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes, ordenándose el archivo del expediente y notificándose por lista el acuerdo respectivo.-----

Por lo que respecta a la contestación de la demanda y a la etapa probatoria la parte conducente del artículo 135 de la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros estatuye que:

b).- Contestada la demanda o transcurrido el término para hacerlo, se dictará auto abriendo el juicio a prueba durante un plazo de cuarenta días, de los cuales los primeros diez serán para su ofrecimiento y los treinta restantes para su desahogo. En todo caso se tendrán como pruebas todas las constancias que integren el expediente, aunque no hayan sido ofrecidas por las partes.

En el citado formato del compromiso arbitral elaborado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se establece:

-f).- Contestada la demanda o transcurrido el término para hacerlo, se dictará auto abriendo el juicio a prueba durante un plazo de CUARENTA DÍAS, de los cuales los primeros DIEZ DÍAS serán para ofrecimiento de pruebas y los TREINTA DÍAS restantes para su desahogo. El Instructor del Procedimiento mandará desahogar todas aquellas pruebas que habiendo sido admitidas no sea posible desahogar dentro de dicho término, por causas no imputables a las partes, sin necesidad de abrir para ese efecto, término extraordinario de pruebas. Aunque no hayan sido ofrecidas por las partes, en todo caso, se tendrán como pruebas todas las constancias que integren el expediente.-----

-g).- La prueba confesional podrá ofrecerse desde los escritos de demanda y contestación a la demanda, y hasta antes de que concluya el término para alegatos, debiendo, en todo caso, el oferente exhibir el respectivo pliego de posiciones. -----

-h).- Al ofrecerse la prueba pericial, las partes deberán señalar la ciencia, arte, técnica, oficio o industria materia de la prueba, los puntos sobre los que versará, las cuestiones que deben resolver y datos generales del perito propuesto. Si falta cualesquiera de los elementos anteriores, el Instructor del Procedimiento Arbitral desechará de plano la prueba.-----

—Admitida que sea la prueba pericial, se dará vista a la parte contraria por el término de TRES DÍAS para que designe perito de su parte y, en su caso, proponga la ampliación de otros puntos y cuestiones, además de los formulados por el oferente, para que los peritos dictaminen.-----

—Las partes quedan obligadas a presentar a sus respectivos peritos para la aceptación y protesta del cargo conferido dentro del tercer día, contado a partir de la admisión de dicha probanza.--

--Cuando los dictámenes rendidos por los peritos de las partes resulten substancialmente contradictorios, el Instructor del Procedimiento Arbitral designará un perito tercero en discordia. --

--El Instructor del Procedimiento Arbitral, nombrará los peritos correspondientes, en los siguientes casos: I.- Si alguna de las partes dejare de hacer el nombramiento de su perito en el término que para tal efecto se señale, siempre y cuando se le haya apercibido en esos términos, II.- Cuando el designado no ocurriere a aceptar el cargo dentro del término concedido para tal efecto, siempre y cuando se haya hecho el apercibimiento correspondiente, III.- Cuando habiendo aceptado el cargo no rinda su dictamen o lo rinda fuera del término que se le concedió para tal efecto siempre y cuando se haya hecho el apercibimiento respectivo, y IV.- Cuando el que fue nombrado y aceptó el cargo lo renuncie después.-----

--Las partes quedan obligadas a pagar los honorarios de los peritos que hayan nombrado y, en su caso, pagarán en partes iguales los honorarios del perito tercero en discordia.-----

--En caso de que una de las partes no exhiba los honorarios del perito en rebeldía o del perito tercero en discordia se tomará en cuenta únicamente el dictamen pericial rendido por el perito de la contraria-----

- i).- Las partes convienen en que la resolución de las objeciones

de documentos a que se refiere el artículo 247 del Código de Comercio, se reserve para la definitiva. -----

Asimismo, la parte conducente del artículo 135 de la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros estatuye que:

IV.- La Comisión tendrá la facultad de allegarse todos los elementos de juicio que estime necesarios para resolver las cuestiones que se le hayan sometido en arbitraje. Para tal efecto podrá valerse de cualquier persona, sea parte o tercero y de cualquier cosa o documento, ya sea que pertenezca a las partes o a un tercero, sin más limitaciones que la de que las pruebas no estén prohibidas por la ley ni sean contrarias a la moral. Las autoridades administrativas, así como los tribunales deberán auxiliarle, en la esfera de su competencia;

Los exhortos y oficios se entregarán a la parte que haya ofrecido la prueba correspondiente para que los haya llegar a su destino. La oferente de la prueba tendrá la obligación de gestionar su diligencia; y

En el aludido formato del compromiso arbitral elaborado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se establece que:

-- I)- Los exhortos y oficios se entregarán a la parte que haya ofrecido la prueba correspondiente para que los haga llegar a su destino. La oferente de la prueba tendrá la obligación de gestionar su diligenciación.-----

De lo anterior cabe destacar lo siguiente:

a) El instructor del procedimiento mandará desahogar todas aquellas pruebas que habiendo sido admitidas no sea posible desahogar dentro del término de desahogo de

pruebas, por causas no imputables a las partes, sin necesidad de abrir para ese efecto, término extraordinario de pruebas.

b) Aunque no hayan sido ofrecidas por las partes, en todo caso, se tendrán como pruebas todas las constancias que integren el expediente. Esto siempre y cuando las constancias de referencia se hayan ofrecido dentro de los términos y formalidades contenidos dentro del propio compromiso.

c) Por lo que respecta a la prueba pericial, la misma se desahoga en los términos establecidos en el compromiso de referencia en atención a que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas consideró que en el desahogo de la citada prueba se debería de aplicar la equidad, toda vez que por regla general, las instituciones aseguradoras cuentan con un equipo de peritos que les permiten llevar a cabo el desahogo de dichas periciales, no así los reclamantes que en ocasiones se les dificulta contar con un perito en determinada materia para tal efecto.

d) Respecto a la prueba confesional el oferente deberá exhibir el pliego de posiciones correspondiente a fin de que se señale día y hora para el desahogo.

Por lo que respecta a los alegatos, el término para dicha etapa procesal lo prevé, la parte conducente del artículo 135 de la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que estatuye:

c).- Diez días comunes a las partes para formular alegatos.

En el mencionado formato del compromiso arbitral elaborado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, asimismo se establece que:

-- m).- Concluido el término para ofrecimiento y desahogo de pruebas y concluidas las que se hubieren mandado desahogar, sin publicación de probanzas, se abrirá un término de TRES DIAS común a las partes para alegar.-----

-- n).- Concluido el término para alegar, con alegatos o sin ellos, se citará a las partes para oír resolución.-----

Asimismo cabe indicar, que para determinar los casos en que se practicarán las notificaciones personales se estará a lo dispuesto por el artículo 114 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal de aplicación supletoria.

De igual manera se practicarán personalmente los autos que contengan apercibimientos a las partes

Por lo que se refiere a las notificaciones tanto las realizadas por lista como las personales surtirán sus efectos al día siguiente hábil al de su fijación en los estrados de la Dirección de Conciliación y Arbitraje de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y en que se hayan practicado personalmente, respectivamente, y en ambos casos los términos se computarán a partir del día siguiente hábil de haber surtido sus efectos.

En esa virtud el compromiso arbitral de referencia establece que:

-- j).- Las notificaciones que no sean personales, se harán por medio de listas que se fijarán en los estrados de la Dirección de Conciliación y Arbitraje de esta Comisión, comenzando a surtir sus efectos al día siguiente hábil al de su fijación en los estrados y las notificaciones personales surtirán sus efectos al día siguiente hábil en que se hayan practicado.-----

Por lo que se refiere a la extinción de la instancia por abandono por parte de la actora, del ejercicio de la acción procesal se encuentra prevista en la parte conducente del artículo 135 de la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que estatuye:

III bis.- En caso de que no exista promoción de parte por un lapso de más de 90 días, contado a partir de la notificación de la última actuación, operará la caducidad de la instancia;

Asimismo en el mencionado compromiso arbitral elaborado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se establece:

—e).- Si antes de que se cite a las partes para laudo, se dejare de actuar por más de 90 días naturales operará, a petición de parte o de oficio, la caducidad de la instancia, en los términos de la fracción III bis del Artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.-----

Por lo que se refiere al laudo que en su momento dicte la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la parte conducente del artículo 135 de la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros estatuye que:

V.- El laudo, así como las resoluciones que pongan fin a los incidentes de ejecución, sólo admitirán como medio de defensa el juicio de amparo.

Lo anterior sin perjuicio de que las partes soliciten aclaración de laudo, dentro de las setenta y dos horas siguientes a su notificación, cuando a su juicio existe error de cálculo, de copia, tipográfico o de naturaleza similar, sin que la misma sea considerada como un recurso de carácter procesal o administrativo.

Todas las demás resoluciones que conforme al código de comercio admitan apelación o revocación, podrán impugnarse en el juicio arbitral mediante el recurso de revocación;

VII.- El laudo que condene a una empresa de seguros le otorgará un plazo de quince días hábiles a partir de la notificación para su cumplimiento;

Por lo que se refiere al aludido compromiso arbitral elaborado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se establece:

-- ñ).- El laudo, así como las resoluciones que pongan fin a los incidentes de ejecución, sólo admitirán como medio de defensa el juicio de amparo.-----

--Lo anterior sin perjuicio de que las partes soliciten aclaración de

laudo dentro de las setenta y dos horas siguientes a su notificación, cuando a su juicio exista error de cálculo, de copia, tipográfico o de naturaleza similar, sin que la misma sea considerada como un recurso de carácter procesal o administrativo. -----

-- Todas las demás resoluciones que conforme al Código de Comercio admitan apelación o revocación, podrán impugnarse en el juicio arbitral mediante recurso de revocación. -----

En virtud de lo anterior será procedente contra el laudo que dicte la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como contra las resoluciones que pongan fin a los incidentes de ejecución del mismo el amparo indirecto ante los Juzgados de Distrito en Materia Administrativa, en atención a la siguiente jurisprudencia que se ha emitido al respecto:

769. SEGUROS. AMPARO CONTRA UN LAUDO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE. Competencia para conocer de la reclamación contra el acuerdo que turna el amparo a un Juez de Distrito en Materia Administrativa. Si se interpuso una demanda de garantía en contra de la Comisión Nacional de Seguros, autoridad federal, que no es, ni puede en forma alguna estimarse un órgano propiamente judicial dado que el conjunto de trámites que se desenvuelven ante dicha Comisión no constituye lo que nuestra legislación denomina "juicio" (Constitución, artículo 107, fracción III, b) y c); Ley de Amparo, artículo 114, fracciones II a V), sino que es un procedimiento seguido en forma de juicio (artículo 114, II, segundo párrafo, de dicha ley) ante "autoridades distintas de las judiciales o de las juntas de conciliación y arbitraje" (misma fracción primer párrafo), no se trata en este caso de "materia judicial" (Constitución, 107, III, encabezado), sino de "materia administrativa" (mismo artículo, fracción IV). (Sexta época, tercera parte: vol. CXVIII, p.103. Reclamación en el amparo en revisión 7318/1965. Carmen Murillo Cárdenas de Olivas. Mayoría de 4 votos, contra el voto particular que emitió el Mtro. Jorge

Iñarritu. Publicada en nuestra "Actualización II Administrativa, tesis 478, p.285.).

Por lo que respecta al arbitraje en amigable composición las partes facultarán a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada, la controversia planteada y se fijarán de manera específica, de común acuerdo y previa opinión de la Comisión, las situaciones y puntos motivos de la controversia, estableciéndose las etapas, formalidades y términos a que se sujetará el arbitraje.

La voz amigable, procede del latín *amicabilis*, que es lo amistoso, propio de amigos. Es, por tanto, ésta, una forma de solucionar conflictos de intereses entre las partes por obra de terceros amigos de ambas, sin sujetar sus procedimientos a normas de derecho preestablecidas y sin apearse para la decisión más que a la equidad y buena fe.⁸⁴

Se trata de una de las más antiguas figuras de heterocomposición, de calidad un tanto patriarcal, que surgió en el seno de los grupos tan pronto como éstos alcanzaron un grado de evolución suficiente para comprender la conveniencia de abandonar el uso de la violencia y a poner en manos de amigos la composición pacífica de los conflictos.⁸⁵

Hay discusión entre los procesalistas acerca de la naturaleza de la función que nos ocupa: por una parte se considera que el compromiso tanto en el caso del arbitraje como en el de la amigable composición, entraña una relación contractual que es propia de las relaciones contractuales de derecho privado, mientras que por otra parte, se afirma que los árbitros tanto como los arbitradores (que así se llama también a los amigables componedores) desempeñan una función pública como órganos de actuación del derecho⁸⁶

Las principales características del arbitraje en amigable composición son las siguientes:

a) Es una forma de solucionar conflictos de intereses entre las partes por obra de terceros;

⁸⁴ DICCIONARIO JURIDICO Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, S.A., 7ª. Edición, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., 1994, Tomo I, p.150.

⁸⁵ IDEM.

⁸⁶ IBIDEM.

b) Entraña una relación contractual al levantarse dicho arbitraje a través de un compromiso entre las partes;

c) El mismo se tramita sin sujeción a formalidades especiales, pero respetando las formalidades del procedimiento y las reglas establecidas entre ellos en el compromiso;

d) Las partes se apegaran a la decisión dictada en equidad y buena fe.

Este arbitraje se caracteriza por su brevedad, toda vez que, las partes fijan la litis, la prueba o pruebas que habrán de desahogarse, renunciando, en ciertos casos a la etapa de alegatos.

Por lo que respecta a este punto, la parte conducente del artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, que prevé la tramitación de este arbitraje estatuye:

II.- En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, las partes facultarán a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada, la controversia planteada y se fijarán de manera específica, de común acuerdo y previa opinión de la Comisión, las situaciones y puntos motivo de controversia, estableciéndose las etapas, formalidades o términos a que se sujetará el arbitraje.

Por lo que respecta al arbitraje en estricto derecho con reducción de términos, en este arbitraje, las partes facultarán a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a resolver la controversia planteada con estricto apego a las disposiciones legales aplicables determinando las etapas, formalidades y reduciendo los términos previstos en la ley mismos a que se sujetará el arbitraje.

En esa virtud las partes podrán reducir los términos que consideren pertinentes como por ejemplo los de presentación y contestación de demanda de nueve días a cinco, o

el de desahogo de pruebas de treinta a quince días a fin de obtener en un término mas corto la resolución correspondiente.

4.4. LA EJECUCION DE LAUDOS EN MATERIA DE SEGUROS.

Procede subrayar que la mayoría de los laudos dictados por los árbitros en los que para obtener la ejecución de los mismos, es necesario que el interesado lo someta al reconocimiento u homologación del órgano jurisdiccional competente, y a fin de que éste ordene la ejecución correspondiente, en los laudos dictados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, corresponde a la misma la ejecución del citado laudo que se pronuncie, en los términos del artículo 135, fracción VIII de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

El termino a partir del cual se debe llevar a cabo la ejecución del aludido laudo será a partir del día siguiente a aquel en que concluya el término de quince días a que alude la fracción VII del artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En atención a lo anterior, la parte conducente del artículo 135 de la Ley de referencia estatuye que:

VIII.- Corresponde a la Comisión la ejecución del laudo que se pronuncie, para lo cual mandará, en su caso, que se pague a la persona en cuyo favor se hubiere dictado el laudo, con cargo a la reserva constituida e invertida en los términos de la fracción I de este artículo. En caso de negativa u omisión la Comisión, en un plazo máximo de cinco días hábiles, ordenará el remate de los valores invertidos conforme a esta ley y si ellos estuvieren considerados en las reservas de la empresa de seguros, ésta deberá reponerlos de acuerdo a lo que legalmente se establece para la reconstitución de las reservas.

Con motivo de la reforma que sufrió la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en el mes de enero de mil novecientos noventa y siete, se adicionó a dicha Ley el artículo 135 bis el cual establece:

Artículo 135 bis.- *Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles, estará obligada, aún cuando la reclamación sea extrajudicial, a cubrir su obligación de acuerdo a lo siguiente:*

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, a partir de la fecha de su exigibilidad, de acuerdo con las disposiciones aplicables y su pago se hará en moneda nacional al valor que dichas Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Las empresas de seguros deberán pagar un interés sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión, el cual se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo anual de captación a plazo de los pasivos denominados en Unidades de Inversión, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado en el Diario Oficial de la Federación, para el mes inmediato anterior a aquél en que se realice el cálculo, dividido entre doce. Los intereses se generarán mes a mes, desde aquél en que se incumpla la obligación y hasta el mes en que se realice el pago, aún cuando sólo haya transcurrido una fracción de los mismos; y

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, además del pago de esa obligación, las empresas de seguros estarán obligadas a pagar un interés que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 la tasa más alta de rendimiento del instrumento que emita el gobierno federal denominado en dólares

de los Estados Unidos de América, que se haya emitido en el mes de que se trate, a falta de éste, se utilizará la correspondiente al último mes que haya estado vigente. Los intereses se generarán mes a mes desde aquél en que se incumpla la obligación y hasta el mes en que se realice el pago, aún cuando sólo haya transcurrido una fracción de los mismos.

Son irrenunciables los derechos del acreedor establecidos en este artículo, que tienen el carácter de mínimos y el pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no producirá efecto alguno. Estos derechos surgirán por el sólo transcurso del plazo establecido por la ley para la exigibilidad de la obligación principal.

En caso de juicio en el que se condene al pago de la obligación principal, el juez o árbitro, de oficio, deberá formular en su sentencia o laudo, la condena accesoría al pago de las indemnizaciones mínimas a que se refiere este artículo.

En virtud de lo anterior al efectuarse la condena de la suerte principal, en los asuntos cuya reclamación sea presentada a partir del mes de enero mil novecientos noventa y siete, la misma deberá denominarse en Unidades de Inversión a partir de la fecha de su exigibilidad, es decir, que si por ejemplo se condena a la Aseguradora al pago de \$100, 000.00, y la misma era exigible el día 12 de abril de 1997, la misma deberá de denominarse en Unidades de Inversión al valor que tales instrumentos tenían al momento de su exigibilidad, es decir el día 12 de abril de 1997, en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debiéndose efectuar el pago en moneda nacional al valor que dichas unidades tengan al momento de su liquidación, considerando que las Unidades de Inversión al día 12 de abril de 1997, tenían un valor de 1.837762, según el Diario Oficial de la Federación de fecha 10 del mismo mes y año, monto que deberá cuantificarse en el incidente de ejecución de laudo que al efecto promueva la parte actora.

Por lo que se refiere a los convenios, que en ocasiones se celebran ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los mismos serán elevados a categoría de

sentencia ejecutoria y la propia Comisión podrá ejecutarlos en los términos de la mencionada fracción VIII del artículo 135 de la ley en estudio.

Así lo estatuye el último párrafo de la fracción VIII del artículo 135 de la ley de referencia:

Los convenios celebrados ante la propia Comisión tendrán el carácter de un sentencia ejecutoria y podrán ser ejecutados por al misma, en términos de esta fracción;

Asimismo, con el fin de que el pago de intereses fuera mas justo y congruente en cuanto a la cuantificación de los mismos, el legislador adicionó a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros el referido artículo 135 bis con el fin de regular en dicho precepto el procedimiento para la tramitación del pago de indemnización por mora por parte del asegurador.

En los arbitrajes que se iniciaron y tramitan antes de la reforma a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros del 3 de enero de 1997, es decir, antes de que se adicionara el artículo 135 bis en la mencionada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el cálculo de los intereses moratorios debe efectuarse mediante el incidente de liquidación que promueve la parte actora, previa la solicitud que haga la misma a la Dirección de Conciliación y Arbitraje, de la tasa de interés más alta de los documentos en que mantuvo invertidas sus reservas técnicas la Compañía Aseguradora durante el período comprendido entre la fecha en que causó ejecutoria el laudo dictado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la fecha en que la demandada exhibió la suerte principal a que fue condenada.

Con dicha tasa de interés la parte actora formula su planilla de intereses con la cual se manda a dar vista a la contraria por el término de tres días, en los términos del artículo 1348 del Código de Comercio, para que manifieste lo que a su interés convenga. Si no desahoga dicha vista, con fundamento en lo establecido por el citado precepto legal, se dicta la resolución interlocutoria condenando a la Compañía Aseguradora por la cantidad que señale la parte actora en su incidente, pero si es desahogada la vista, se procede a hacer el cálculo correspondiente, consistente en multiplicar la tasa de referencia por la

cantidad a que fue condenada la Compañía Aseguradora por concepto de suerte principal, de la cual se obtiene una determinada cantidad, misma que se divide entre 360 días que es el año comercial, obteniéndose el valor por día, que multiplicado por los días del período comprendido entre la fecha a partir de la cual se hicieron exigibles las obligaciones de la demandada, en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y la fecha en que la demandada exhibió la suerte principal se obtiene la cantidad correspondiente a los intereses moratorios.

En los casos en que de autos no se desprenda elemento alguno de convicción que acredite en forma fehaciente la fecha en que se entregó a la enjuiciada toda la documentación e información necesaria para conocer el fundamento de la queja, conforme a lo dispuesto por el artículo 71 de la citada Ley Sobre el Contrato de Seguro, el término para elaborar el cómputo de los intereses empezará a contarse a partir de la fecha en que la aseguradora le comunicó por escrito su rechazo al reclamante y a falta de este escrito de rechazo, la fecha en que fue presentada la reclamación ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cabe hacer la aclaración que la cantidad que se obtenga por concepto de intereses será con cargo a los productos generados por la constitución de la reserva en los términos del artículo 55, fracción II de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, vigente antes de la reforma que sufrió dicho artículo en el mes de enero de mil novecientos noventa y siete, es decir, que si la cantidad por concepto de productos es menor a la cantidad a que se condenó por concepto de intereses moratorios, no se entregará ninguna cantidad por concepto de dichos productos, pero si por el contrario el monto de los productos supera la cantidad a que se condenó por concepto de intereses a la Compañía Aseguradora, se entregará la diferencia existente entre estas cantidades.

Con la adición a la aludida Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros del multicitado artículo 135 bis, la liquidación de intereses cambia en el sentido de que la empresa de seguros condenada, deberá pagar un interés sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión, el cual se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo anual de captación a plazo de los pasivos denominados en Unidades de Inversión, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado en el Diario Oficial de la Federación, para el mes inmediato

anterior a aquel en que se realice el cálculo, dividido entre doce, en la inteligencia de que dichos intereses se generarán mes por mes, desde aquél en que se incumpla la obligación y hasta el mes en que se realice el pago, aun cuando sólo haya transcurrido una fracción de los mismos, computados sobre las cantidades que se señalen en el laudo respectivo, por concepto de suerte principal, desde la fecha en que se hizo exigible el crédito derivado del contrato de seguro base de la acción, hasta el mes en que se realice el pago, cuyo monto se deberá cuantificar en el incidente de ejecución de intereses que al efecto promueva la parte actora.

En atención a lo expuesto por el Licenciado Eduardo Alvarez Ferreira en su exposición relativa a la Protección del Asegurado en el Derecho dentro del Primer Congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas, celebrado en la Ciudad de Querétaro, Qro., el mismo señala que la preocupación legislativa por establecer normas referentes a indemnizaciones por mora del asegurador no es nueva en el derecho de seguros mexicano. Un primer antecedente lo constituye la reforma que en 1963 introdujo una disposición en la Ley General de Instituciones de Seguros, en el sentido de que los productos de la inversión de la reserva ordenada por la Comisión Nacional de Seguros a las empresas de seguros por reclamos motivados por el contrato de seguro, en los términos del procedimiento administrativo conciliatorio previsto en esa ley, debían quedar en beneficio del reclamante si el cobro resultare procedente, con la circunstancia de que la Suprema Corte de Justicia de la Nación en su oportunidad, resolvió que el producto de esa inversión era acumulable al interés moratorio aplicable en materia mercantil. Asimismo, en 1983 la entonces Comisión Nacional Bancaria y de Seguros mediante circular ordenó a todas las empresas de seguros del país que incluyeran una cláusula tipo en sus pólizas, en la que se establecía la obligación de pago de un interés moratorio muy superior al interés legal que, en materia mercantil, hoy aún rige y que es del 6% anual. En 1991 fue incorporada a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros una norma específica sobre interés moratorio, estableciendo un sistema de cálculo del interés moratorio que resulta ser una "lotería" pues las bases para su cuantificación no están relacionadas con todo el lapso de mora, sino únicamente con el periodo comprendido entre el momento en que cause ejecutoria el laudo o sentencia condenatorios y la fecha de pago. Recientemente, en enero de 1997, fue introducida una modificación a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que disciplina la indemnización por mora del asegurador en el cumplimiento del contrato de seguro.

Agrega, que debe señalarse que las consecuencias jurídicas preceptuadas por la nueva norma para el caso de mora del asegurador no constituyen una sanción sino, mas bien, una obligación de indemnizar daños y perjuicios ciertos, resentidos por el acreedor que padece la mora. Para el asegurado son ciertas, entre otras pérdidas y daños, la pérdida de poder adquisitivo del dinero así como la privación del ejercicio de los derechos a usar el dinero adeudado y a obtener frutos de él, desde el momento de su exigibilidad hasta el de su pago por el asegurador.

Manifiesta que por lo anterior, se ha estatuido que la indemnización por mora del asegurador tenga un valor real que, efectivamente y por lo menos, resarza al asegurado o beneficiario, de los aludidos daños y perjuicios ciertos que causa la tardanza en el pago del asegurador.

Agrega que la norma en comento, al disponer la conversión a Udis de la obligación principal del asegurador, en la fecha en que debió ser pagada pero no lo fue, y la generación del interés real adicional basado en el parámetro cpp-udis, configura una mecánica, flexible y congruente con las unidades de cuenta e indicadores oficiales, para la cuantificación de la indemnización de daños y perjuicios ciertos causados a los usuarios del servicio de seguros por el cumplimiento tardío de la obligación del asegurador.

Expresa, que la finalidad de esta nueva disposición legal, cabe insistir, no es sancionar al asegurador moroso sino procurar que el asegurado o beneficiario del seguro que reciba tardíamente el pago, adquiera el derecho a recibir una indemnización por mora que tenga un valor real y no solamente un simbólico, engañoso, y en algunos casos, irrisorio valor nominal.

Manifiesta que la conversión a Udis de la obligación principal del asegurador en caso de mora, es sólo un componente de la mecánica propuesta para cuantificar la indemnización por mora, pero no una modificación de la moneda convenida en el contrato de seguro para efectuar los pagos, por lo que éstos deberán realizarse conforme a lo convenido y a lo previsto en la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos, sin perjuicio del pago de la indemnización por mora que, en su caso, sea procedente.

Sigue expresando, que el nuevo sistema, en algunos casos, se traducirá en el pago de una indemnización moratoria de cuantía menor y, en otros casos, de cuantía superior a la que resultaría si se aplicara el sistema anterior, pero resulta más justo el nuevo sistema por razón de que las bases para su cuantificación están vinculadas a las variaciones de las Udis y del cpp-udis durante todo el lapso de mora y no sólo al lapso comprendido entre el momento en que cause ejecutoria el laudo o sentencia y el momento de su cumplimiento por el asegurador, referencia esta última usada por la norma derogada que le daba carácter fortuito al monto de la indemnización moratoria.

Concluye que, la disposición que establece la indemnización moratoria en comentario dispone que la misma tiene el carácter de mínima y es irrenunciable el derecho a exigirla.

De lo anterior se concluyen los siguientes puntos:

a) La nueva norma para el caso de mora del asegurador no constituye una sanción sino, mas bien, una obligación de indemnizar daños y perjuicios ciertos, resentidos por el acreedor que padece la mora.

b) La generación del interés real adicional basado en el parámetro cpp-udis, configura una mecánica, flexible y congruente con las unidades de cuenta e indicadores oficiales, para la cuantificación de la indemnización de daños y perjuicios ciertos causados a los usuarios del servicio de seguros por el cumplimiento tardío de la obligación del asegurador

c) Resulta más justo el nuevo sistema por razón de que las bases para su cuantificación están vinculadas a las variaciones de las Udis y del cpp-udis durante todo el lapso de mora

4.5. PROPUESTA EN MATERIA DE EJECUCION DE SENTENCIAS EN MATERIA DE SEGUROS.

El artículo 136 en su fracción III, dispone que "para el cumplimiento de la sentencia

ejecutoria que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la empresa de seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada, y en caso de omitir la comprobación, el Juez lo comunicará a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a efecto de que imponga sanción en los términos de la fracción VII, del artículo 135 de este ordenamiento, sin perjuicio de que ordene a la propia Comisión a que pague a la persona, en cuyo favor se hubiere dictado la sentencia, del monto de la reserva constituida e invertida en los términos del artículo anterior. Si no fuere suficiente la reserva, la Comisión procederá al remate en bolsa de los valores depositados en los términos de esta Ley, y si ellos estuvieren afectos a las reservas de la empresa de seguros, ésta deberá reponerlos en los términos que esta Ley señala para la reconstitución de las reservas, La comisión deberá cumplir con la solicitud que al efecto le haga el tribunal dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que la reciba”.

Con lo anterior, se limita la garantía de administración de justicia pronta y expedita consagrada en el segundo párrafo del artículo 17 Constitucional, que prevé que “ toda persona tiene derecho a que se le administre justicia por los tribunales que estarán expeditos para impartirla en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa e imparcial”, ya que obliga a los gobernados que poseen una pretensión en contra de una Institución o Sociedad Mutualista de Seguros a agotar un procedimiento de ejecución de Sentencia ante la citada Comisión, que es considerada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, como un órgano Administrativo que no ejerce formalmente, funciones jurisdiccionales, y si bien dichos procedimientos alternativos de ejecución de controversias constituyen vías expeditas que aligeran la carga de trabajo de la potestad común, estas deben ser optativas y no obligatorias, pues todos los gobernados tienen derecho a que se les administre justicia sin obstáculos o trabas, lo que acontece cuando el legislador establece vías para ejecutar resoluciones no provistas en el texto constitucional que deben agotarse obligatoriamente y necesariamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En virtud de lo anterior, se propone que no sea necesariamente la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas la única vía para poder ejecutar las sentencias que sean emitidas por el Organismo Jurisdiccional correspondiente, sino que se propone una reforma al artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, a

efecto de que se otorgue la Facultad a los propios tribunales para que puedan, mediante la procedimientos que marque el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal y el Código de Comercio, ejecutar sus propias resoluciones sin necesidad de comunicarlo a la referida Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y sea el propio juez el que ejecute a las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros, la resolución respectiva y pague a la persona, en cuyo favor se hubiere dictado la sentencia, el monto de lo condenado.

BIBLIOGRAFIA.

- *ALCALA-ZAMORA Y CASTILLO, NICETO. CUESTIONES DE TERMINOLOGIA PROCESAL, MEXICO, D.F., UNAM, 1972.
- *ACOSTA ROMERO, MIGUEL. DERECHO BANCARIO, PANORAMA FINANCIERO MEXICANO, EDITORIAL PORRÚA, MÉXICO 1997, 6ª EDICIÓN.
- *ARCE, ALBERTO G. DERECHO INTERNACIONAL PRIVADO, UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA. 1980.
- *BARRERA GRAF, JORGE, INSTITUCIONES DE DERECHO MERCANTÍL, EDITORIAL PORRÚA S.A., 1ª REIMPRESIÓN, MÉXICO 1997.
- *BARRERA GRAF, JORGE, TRATADO DE DERECHO MERCANTÍL, EDITORIAL PORRÚA S.A., MÉXICO 1957.
- *BARRIOS DE ANGELIS, DANTE; EL JUICIO ARBITRAL, MONTEVIDEO, 1956.
- *BECERRA BAUTISTA, JOSE. EL PROCESO CIVIL EN MEXICO, EDITORIAL PORRUA, MEXICO, D.F., 1997.
- *BRISEÑO SIERRA, HUMBERTO. SOBRE EL ARBITRAJE ESTUDIOS, CÁRDENAS EDITOR DISTRIBUIDOR, PRIMERA EDICIÓN, 1995.
- *DÍAZ BRAVO, ARTURO. CONTRATOS MERCANTILES. COLECCIÓN TEXTOS JURÍDICOS UNIVERSITARIOS, HARLA MÉXICO, 5ª EDICIÓN, 1997

- *FIZ-ZAMUDIO, HECTOR. DERECHO PROCESAL EN EL DERECHO MEXICANO, COLECCIÓN "LAS HUMANIDADES EN EL SIGLO XX", UNAM, MEXICO, D.F., 1975.
- *GOMEZ LARA, CIPRIANO. TEORIA GENERAL DEL PROCESO, COLECCIÓN DE TEXTOS JURIDICOA UNIVERSITARIOS, EDITORIAL HARLA, 8ª. EDICION, MEXICO, D.F.
- *HALPERIN, ISAAC. EL CONTRATO DE SEGURO. TIPOGRÁFICA EDITORA ARGENTINA, BUENOS AIRES. 1946.
- *H. MAGEE, JOHN, EL SEGURO DE VIDA, UNIÓN TIPOGRÁFICA EDITORIAL HISPANO-AMERICANA, MÉXICO, 1964.
- *MANTILLA MOLINA, ROBERTO, DERECHO MERCANTIL, EDITORIAL PORRÚA, S.A., 2ª REIMPRESIÓN, 1997.
- *MARTÍNEZ GIL, JOSÉ DE JESÚS, MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE SEGUROS, EDITORIAL PORRÚA, S.A., MÉXICO, 1995, 3º EDICIÓN.
- *MINZONI CONSORTI, ANTONIO, MEMORIA DE LOS 50 AÑOS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, EDITADO POR EL CITADO ORGANISMO, MÉXICO, 1996.
- *OLIVERA DE LUNA, OMAR, CONTRATOS MERCANTILES, EDITORIAL PORRÚA, S.A., MÉXICO, 1987, 2º EDICIÓN.
- *OVALLE FABELA, JOSÉ. TEORÍA GENERAL DEL PROCESO, COLECCIÓN DE TEXTOS JURÍDICOS UNIVERSITARIOS, HARLA, MÉXICO, 1997, 7ª. EDICIÓN.
- *RUIZ RUEDA, LUIS, EL CONTRATO DE SEGURO, EDITORIAL PORRÚA, S.A., MÉXICO, 1978, 1ª. EDICIÓN
- *RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, JOAQUÍN. DERECHO BANCARIO, EDITORIAL PORRÚA, S.A., MÉXICO, 1997, OCTAVA EDICIÓN.

*RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, JOAQUÍN. DERECHO MERCANTIL, EDITORIAL PORRÚA, S.A., MÉXICO, 1998, VIGÉSIMA EDICIÓN. TOMOS I Y II.

*SERRA ROJAS, ANDRÉS. DERECHO ADMINISTRATIVO, EDITORIAL PORRÚA, S.A., MÉXICO, OCTAVA EDICIÓN, 1997.

*VASQUEZ DEL MERCADO, OSCAR. CONTRATOS MERCANTILES, EDITORIAL PORRÚA, S.A., MÉXICO, 1997, 7° EDICIÓN.

*VILLALOBOS, FRANCISCO J., ENJUICIAMIENTO CONVENCIONAL. ENSAYO SOBRE LA SUSTENTACIÓN CIVIL, MÉXICO.

HEMEROGRAFIA.

*CURSO DE INTRODUCCIÓN AL SEGURO, FUNDACIÓN MAPFRE ESTUDIOS, ITSEMAP, MÉXICO, S.A. DE C.V.

*ACTUALIZACIÓN EN SEGUROS Y FIANZAS, EDITADO POR LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, 1997.

*REVISTA MEXICANA DE SEGUROS, FIANZAS Y FINANZAS, "LOS SEGUROS PRIVADOS EN MÉXICO". NOVIEMBRE DE 1967.

*REVISTA MEXICANA DE SEGUROS, FIANZAS Y FINANZAS, VOLUMEN XXIII, 30 DE ABRIL DE 1971, NÚMERO 277.

*REVISTA MEXICANA DE SEGUROS, FIANZAS Y FINANZAS, VOLUMEN 565, ABRIL DE 1997.

*REVISTA MEXICANA DE SEGUROS, FIANZAS Y FINANZAS, VOLUMEN 567, JUNIO DE 1997.

*BOLETÍN DEL CONSUMIDOR DE SEGUROS Y FIANZAS.

DICCIONARIOS.

*DICCIONARIO JURÍDICO MEXICANO, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS, EDITORIAL PORRÚA, SÉPTIMA EDICIÓN, MÉXICO, 1994.

*DICCIONARIO DE DERECHO PROCESAL CIVIL, PALLARES, EDUARDO. VIGÉSIMA PRIMERA EDICIÓN, EDITORIAL PORRÚA, MÉXICO, 1994, P.169.

LEYES, CODIGOS Y REGLAMENTOS.

*CODIGO DE COMERCIO

*CODIGO DE PROCEDIMIENTOS CIVILES

*CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

*LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

*LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

*LEY DE NAVEGACIÓN Y COMERCIO MARÍTIMO

*REGLAMENTO DE AGENTES DE 1981.

*REGLAMENTO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS.

*REGLAMENTO DE SEGURO DE GRUPO.