

00721  
587



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

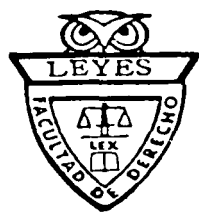
FACULTAD DE DERECHO

SEMINARIO DE DERECHO MERCANTIL

EFFECTOS JURIDICOS DE LA CLAUSULA DE  
INDISPUTABILIDAD EN EL SEGURO DE VIDA

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN DERECHO  
P R E S E N T A  
SHIRLEY / MONROY BENITEZ

ASESOR: LIC. OCTAVIO SANCHEZ FLORES



MEXICO, D. F.

2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

A Dios por darme la vida y sobre todo, por darme la mamá más maravillosa, quien con su infinito amor y apoyo ha hecho posible este logro, y a quien no tengo mejor regalo que ofrecerle que este trabajo, mil gracias mamá.

A mi padre por sus consejos de perseverancia y dedicación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A mis hermanas por el ejemplo que siempre han sido para mí y por el apoyo en todo momento me han brindado.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo tesis doctoral.

NOMBRE: SHIRLEY MONROY BENTLEY

FECHA: 29 octubre 2003

FIRMA: [Signature]

A mi esposo por su comprensión  
y cariño.

Especialmente a mi hija quien  
es el pilar más grande en mi vida  
y a quien le dedico este y todos  
mis esfuerzos por ser mejor.

A mis amigos por toda la ayuda  
que me han dado siempre y su  
incondicional amistad.

A mi Universidad y maestros  
por los conocimientos brindados.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**EFFECTOS JURÍDICOS DE LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD EN  
EL SEGURO DE VIDA.**

**Pág.**

**INTRODUCCION**

**i**

**CAPITULO I. EL SEGURO DE VIDA.**

1. Antecedentes históricos del seguro de vida.	1
1.1. Antigüedad.	2
1.2. Edad Media y Moderna.	5
1.3. Edad Contemporánea.	10
2. Concepto de seguro de vida.	17
3. Características generales del seguro de vida.	
3.1. Riesgo	19
3.2. Póliza	26
3.3. Prima	30
4. Clases del seguro de vida.	36
4.1. Seguros comunes de vida.	37
4.1.1. Seguro de vida entera	37
a) Seguro ordinario de vida.	37
b) Vida con pagos limitados.	38
c) Vida con prima única	38
d) Vida mancomunada.	38
4.1.2. Seguros dotales.	39
4.1.3. Seguros temporales.	40
4.2. Seguros de renta.	40
4.2.1. Seguro de renta inmediata.	41
4.2.2. Seguro de renta diferida.	41
4.3. Seguros especiales y de combinación.	42
a) Seguro de vida con pago de rentas	42
b) Seguro de renta familiar.	42
c) Seguro de protección familiar.	43
d) Seguro de pensión.	43
e) Seguro combinado.	44
5. Elementos del seguro de vida.	
5.1. Elementos Personales.	45
5.1.1. Asegurador	45
5.1.2. Tomador o contratante del seguro	47

5.1.3. Asegurado	48
5.1.4. Tercero asegurado	49
5.1.5. Beneficiario.	50
5.2. Elementos materiales	
5.2.1 Interés asegurable.	55
5.2.2. Suma asegurable.	58
5.2.3. Sinistro.	59
5.2.4. Garantía del asegurador.	62

**CAPITULO II. LA CONTRATACION DEL SEGURO DE VIDA**

1. Modalidades de contratación.	65
1.1. Por representante.	66
1.2. Por cuenta de otro	68
1.3. Por cuenta propia	70
2. La autonomía de la voluntad en el contrato de seguro.	73
3. Oferta.	79
3.1. Formularios	82
3.2. Agente de Seguros	85
3.3. Examen médico	87
3.4. Facultades de investigación de la aseguradora.	89
3.5. Falsas o inexactas declaraciones.	91
3.6. Padecimientos preexistentes.	95
4. Aceptación.	96

**CAPITULO III. LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD.**

1. Antecedentes y motivos de la cláusula de indisputabilidad.	100
2. Renuncia de derechos	108
3. Objetivos y plazo.	110
4. Texto común de la cláusula de indisputabilidad.	115
5. Aprobación de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas al texto de la cláusula de indisputabilidad.	124
6. La indisputabilidad y la actitud fraudulenta.	129

**CAPITULO IV. EFECTOS JURÍDICOS DE LA CLAUSULA DE  
INDISPUTABILIDAD.**

1. Rescisión del contrato de seguros.	132
1.1. Renuncia a la rescisión.	136
2. Nulidad.	137
2.1. Supuestos de nulidad.	141
2.2. Renuncia a la nulidad	143
2.3. Dolo y nulidad	145
3. Aplicación tradicional de la cláusula de indisputabilidad.	154
4. Jurisprudencia en México.	158
5. Propuesta de marco jurídico.	174
<b>CONCLUSIONES.</b>	<b>178</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>182</b>

## INTRODUCCIÓN

El fin que se persigue con este trabajo es escribir sobre una figura del derecho, que desde nuestro punto de vista no se le ha dado la atención que merece. Con este estudio deseo colaborar y despertar el interés por un tema que aunque en la práctica es muy usual, no ha sido abordado teóricamente por los estudiosos del derecho.

En las páginas que forman este estudio se analizarán los antecedentes históricos que motivaron la creación del contrato de seguro de vida, del cual propondremos un concepto, y estudiarán las características y elementos que los distinguen de otros tipos de seguros, así como las clases de seguro de vida que se presentan.

Se hará énfasis en la contratación del seguro que presenta aspectos importantes que deben cuidarse al momento de celebrar el contrato, destacaremos la autonomía de la voluntad, principio fundamental que rige la contratación y de que manera se logra el perfeccionamiento del contrato a través de la oferta y aceptación.

Analizaremos también el surgimiento, concepto y funcionamiento de la cláusula de indisputabilidad, así como las consecuencias que trae para las partes contratantes del seguro, la aprobación que requiere ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la actitud fraudulenta que puede presentarse al incluir esta cláusula en los contratos de seguro de vida.



Por último, señalaremos los efectos jurídicos de la cláusula de indisputabilidad en dos aspectos importantes la rescisión y la nulidad, así como la aplicación tradicional que se ha dado en la práctica a dicha cláusula y la jurisprudencia que se ha emitido sobre el tema, sin dejar de observar que a falta de disposiciones que la reglamenten proponemos una reforma a la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

El presente trabajo ofrece los puntos de vista de legisladores nacionales y extranjeros, así como de la legislación vigente y de la jurisprudencia que se ha emitido y aunque la doctrina no proporciona extensa información sobre la cláusula de indisputabilidad, hemos tratado de recopilar la mayor cantidad de criterios posibles a fin de brindar un mayor contexto sobre el tema.

La motivación principal para realizar esta investigación fue el deseo de que los lectores de la misma aprovechen la información recabada y brindar elementos suficientes para que los estudiosos del derecho y principalmente las partes contratantes comprendan el funcionamiento de la cláusula.

# **PAGINACION DISCONTINUA**

## CAPITULO I

### EL SEGURO DE VIDA

#### 1. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SEGURO DE VIDA

El seguro, como todas las instituciones del Derecho Comercial, ha evolucionado históricamente; para comprender su importancia, es menester conocer la esencia del ser humano, la necesidad que tiene de prever los riesgos que enfrenta en su vida, no sólo en el ámbito personal, sino también dentro de su actividad comercial, industrial y profesional.

El riesgo está presente en todo lo que lo circunda, esto es un hecho innegable, y de ahí la importancia que tiene el saber que la incertidumbre se puede disminuir cuando se está protegido, por esta razón, el seguro viene a ser un complemento en la vida del hombre, que le permite sortear las eventualidades que se le presenten, con mayor tranquilidad.

Por medio del seguro se distribuye el costo de una desgracia que afecta a uno de los miembros de la sociedad entre un grupo numeroso de individuos sujetos a idéntico riesgo. Es una institución social practicada universalmente, que presta un servicio a la comunidad, a fin de garantizar la protección contra pérdidas cuantiosas e inciertas a cambio de pequeños pagos de sumas determinadas; es el medio por el cual una de las partes, denominada asegurador o compañía de seguros, se compromete a aceptar riesgos convenidos en un contrato a cambio de una remuneración hecha por un número de sujetos denominados asegurados.

De no existir un riesgo no habría razón de un contrato de seguro, en virtud de que el seguro es consecuencia de dicha figura. El riesgo provoca una preocupación; por lo tanto se busca el medio para protegerse de éste y de las consecuencias que se deriven de su aparición; es decir hay una imperiosa necesidad de protección, que se logra en un contrato de seguro.

Los antecedentes históricos de dicho contrato los desarrollaremos en este capítulo.

### 1.1. ANTIGUEDAD

El más remoto ancestro del seguro de vida se remonta al año 2500 a.C., donde se aseguraban los gastos de inhumación de los tallistas de piedra, en el Bajo Egipto.

En Grecia surgieron sociedades de enterramiento conocidas como *Eranoi* y *Thiasoi*, las cuales tenían el propósito de prestar a sus miembros el servicio de sepelio, previamente pagado, pero los romanos ofrecieron unos elaborados servicios de enterramiento y de beneficencia por medio de sus *Collegia*.

De acuerdo con Irving Pfeffer y David R. Clock, los *Collegia*, autorizados por un decreto especial del Senado, fueron el verdadero equivalente de las organizaciones fraternales de seguros de los tiempos modernos. Los miembros pagaban anticipadamente su contribución a un fondo cuyos beneficios eran satisfechos en forma de entierro decente, así como para atender a los gastos últimos en que incurrían los

parientes del miembro fallecido. Los *Collegia* eran numerosos en el Imperio Romano y procuraban especializarse en ciertos aspectos sociales o de empleo. Así había un *Collegia* para los militares en cada una de las provincias; *Collegia* para los más ricos ciudadanos e incluso el *Collegia Tenuiorum* para las clases más bajas. El *Collegia* de la milicia en Roma concedía unas limitadas pensiones por causa de incapacidad derivada de heridas, otorgaba beneficios de retiro a los hombres alistados que alcanzaban el límite de actividad en su carrera militar, así como ayudaba a sufragar los gastos de mudanza de los militares trasladados de guarniciones; y el *Collegia funeracticia*, que ayudaba en el gasto del sepelio y con una suma a la viuda y huérfanos del difunto.

Los *Collegia* representan una contribución singular de los romanos a la historia del seguro. Por su organización formal, la promesa de beneficios específicos y la recaudación de cantidades pagadas anticipadamente, constituyen los antecedentes directos de las guildas de la Edad Media y del mutualismo de los tiempos actuales. <sup>1</sup>

Jorge Salas Subirat señala que "en la Ley 68 del Digesto, aparece un antecedente del seguro de rentas vitalicias, en la cual se prohíbe toda indemnización por daños causados por la pérdida de la vida humana, con un célebre aforismo que a pesar de los años transcurridos todavía tienen vigencia plena: "liberum hábeas aestimationem non recipit". El cuerpo de un hombre libre no tiene precio; luego está prohibido todo intento de indemnizar la pérdida de un hombre libre. Por el contrario la muerte de un esclavo

---

<sup>1</sup> Cfr. PFEFFER Irving, CLOCK, David R. Perspectivas del Seguro, Mapfre, España, 1974. Pág. 12-13.

debe ser indemnizada por el responsable del dueño, en vista de los perjuicios que acarreó. Se concebía la previsión y cualquier pago era llamado pura y simplemente indemnización. También para esa época Ulpiano elaboraría la primera tabla conocida de mortalidad."<sup>2</sup>

Continúa señalando el autor que "más tarde, cuando la piratería orientó la actividad del hombre, en el sentido de dar libertad a las naves, a sus cargamentos y a sus tripulaciones, a cambio de rescates en metales preciosos; el importe del seguro sólo podía cubrir el rescate del barco y de la carga, más no el de los tripulantes. Una vez liberada la nave se encontraban serias dificultades para continuar su viaje, ya que los miembros de la tripulación no habían sido rescatados. Por esta situación fue preciso incluir en los contratos de seguros la probable pérdida o rescate de la tripulación, lo que en el fondo era un seguro sobre la vida, ya que los tripulantes no rescatados tenían muy escasas probabilidades de sobrevivir."<sup>3</sup>

Esta nueva modalidad en los contratos comprometía al asegurador tanto por el riesgo de los buques y cargamentos como por el riesgo personal de los tripulantes, era en realidad una combinación que incluía el seguro de vida.

Otros antecedentes los encontramos en el Código de Hamurabi, el Talmud de Babilonia y la Ley Rhodia donde vemos ya puesta en práctica la idea del desplazamiento del riesgo individual para hacerlo pesar sobre todos aquellos a quienes el mismo riesgo afecte.

---

<sup>2</sup> SALAS SUBIRAT, Jorge. Elementos para la Historia del Seguro de Vida. América. México. 1957. Pág. 211

<sup>3</sup> Idem.

## 1.2. EDAD MEDIA Y MODERNA.

Los *Collegia* de Roma evolucionaron en las gildas de la Edad Media. La primitiva Guilda Anglosajona fue una asociación familiar unida débilmente en el propósito común de obtener una ayuda mutua. Cuando una joven alcanzaba la edad de catorce años, los normandos conquistadores de Inglaterra le pedían prestara una fianza para garantizar el que se mantuviera en paz. Con el fin de hacer frente a esta exigencia fueron creadas las primitivas gildas.

Con el tiempo las gildas ampliaron sus funciones para proporcionar beneficios a los artesanos, artistas y profesionales. El desarrollo completo las transformó en organizaciones religiosas, económicas políticas y defensivas. Hacia el siglo VIII, las gildas comerciales de Flandes y Alemania Occidental ofrecían protecciones mutuas, desde las pérdidas originadas por incendios hasta las del ganado, así como las causadas por otras situaciones de infortunio.<sup>4</sup>

Existían también, en forma más atenuada y como manera accesoria de descargar un riesgo sobre otro a cambio de una prima y con fines muy diversos, el depósito retributivo del derecho germano y el derecho de guianza, por el cual el señor feudal garantizaba la indemnización de quienes atravesaban sus territorios.

---

<sup>4</sup> Cfr. PFEFFER, Irving. CLOCK, David R. Op. Cit. Págs. 15-16.

En esta época los seguros realizados sobre la vida, eran de mujeres embarazadas, fueran o no esclavas, respecto a estas últimas el móvil era el deseo del señor de asegurarse un buen nacimiento o del perjuicio sufrido por la muerte de la esclava.

Benítez de Lugo indica que "un documento obtenido de los archivos de Gante del año 1273 reconoce que el Hospital de San Juan daba una renta vitalicia de nueve *sous* a cambio de una finca en la que el interés anual era igual a dicha cantidad como limosna para la salud del alma del donante. Otro documento de 1280 es un reconocimiento de una renta vitalicia para la villa de Gante a cambio de la entrega de cierta cantidad efectuada por un rentista de dicha villa. Como la Iglesia condenaba el préstamo con interés, se burlaba dicha medida con la práctica de rentas vitalicias, las cuales fueron autorizadas por una Bula papal de 1423. En el año de 1308, otro contrato de renta vitalicia, fue celebrado entre el abad de Saint Denis y el arzobispo de Brema." <sup>5</sup>

El origen, por lo tanto, del seguro de vida se encuentra remotamente en estas rentas vitalicias, y más adelante en las apuestas que se hacían sobre la vida humana.

Continúa el autor señalando que "en el siglo XIV se da como existente en Inglaterra una suerte de seguro denominado *Casualty Insurance* para asegurar el pago del rescate necesario exigido para la liberación de los cautivos por los moros y turcos.

---

<sup>5</sup> BENITEZ DE LUGO, Luis. Tratado de Seguros. Volumen I. Instituto Editorial Reus. Madrid. 1955. Pág 69.



En los siglos XVI y XVII, los españoles que eran grandes jugadores, cruzaban apuestas sobre toda clase de futuros acontecimientos, esta fiebre se trasladó al resto del Continente y, especialmente a Inglaterra, donde produjo verdadera pasión. Hemard recuerda se hacían apuestas incluso sobre el restablecimiento de la salud del rey Jorge III, sobre la vida de Roberto Walpoole, sobre la conquista de Menorca, sobre la vuelta del cortesano lord Notch a favor de su soberano y sobre la absolución o condena de la duquesa de Kingstown, acusada de bigamia. Igualmente en Francia se apostaba sobre la vida del duque de Orleans, regente de Francia, y sobre la vida y duración de la privanza de las favoritas de Luis XV.

Bensa informa de un acta levantada ante un Notario Genovés el 10 de abril de 1427, en la que, cuatro personas se comprometían a pagar 600 florines a Lucas Gentile en el plazo de tres meses si su esposa de treinta y dos años de edad y embarazada de ocho meses, no sobrevivía al parto. Ante el mismo notario existen otros compromisos parecidos en dicho año y el siguiente." <sup>6</sup>

En Italia encontramos, las llamadas *gageures sur la vie*, es decir apuestas sobre la vida, realizadas sobre cabezas expuestas a grandes peligros, o sobre las personas que parecían muy protegidas como la de un rey, de un obispo o de un Sumo Pontífice. Por ejemplo, Don Agustín Oriola garantizaba a Don José del Viver la cantidad de cien ducados en caso de fallecer Don Juan Bautista Rocha en el transcurso de un año y la apuesta hecha por varias personas a favor de

---

<sup>6</sup> *Ibidem*. Pag. 70

Don Agustín Oriola, en caso de fallecer el obispo de Elna en el plazo de ocho meses, a partir de la fecha de la escritura.

Estas apuestas pronto dieron lugar a dictar disposiciones prohibitivas que las hicieron caer en desuso; tal y como lo demuestran los Estatutos de Génova de 1588, el *Guidon de Mer* de Francia de 1681, y el *Glaming* de Inglaterra de 1774 por el cual se separó el seguro sobre la vida, de la apuesta.<sup>7</sup>

Si bien los contratos de *gageures sur la vie* dificultaron la difusión del seguro como base del ahorro y de la previsión, es indudable que sirvieron para establecer las condiciones generales de las primitivas pólizas convirtiéndose en el embrión de lo que dos siglos más tarde sería el seguro de vida.

Benítez de Lugo expone que en el archivo de protocolos del Colegio Notarial de Barcelona puede verse aún, una escritura en virtud de la cual en 1515 se constituye una Compañía para realizar apuestas sobre la duración de la vida humana.

En 1570 una Ordenanza de Felipe II, Rey de las Españas, prohibió este tipo de apuestas por ser perniciosas para el orden público y de perjudicial ejemplo. Concretamente, en el año 1574 se encomendó a Richard Chandler la función de que por sí o por medio de delegados suyos autorizase o registrase toda clase de pólizas de seguros que fuesen extendidas sobre navíos, mercancías o cualquier otra cosa, con el fin de

---

<sup>7</sup> Cfr. Idem.

evitar el fraude posible a los acreedores ante el seguro múltiple de una misma cosa. El beneficiario de este privilegio estableció en Londres una Cámara de Seguros, y la primera póliza de seguros sobre la vida, conocida, fue firmada el 15-18 de junio de 1583, contrato suscrito por mister William Gibbson con la Royal Exchange de Londres, por 383 libras, que debían ser pagadas a los herederos de éste si moría antes del plazo de un año, siendo la prima de un 8 por 100. A este respecto C. Walford, puntualiza que si bien el contrato fue extendido en la Royal Exchange o Cámara de Seguros, creada en 1574, en la póliza intervinieron como aseguradores trece comerciantes de Londres, y que el beneficiario era Richard Martín, probablemente 'acrededor de Gibbson.<sup>8</sup>

Otro contrato conocido es el suscrito en 1697, por un año de duración sobre la cabeza de Sir Robert Howard, el cual murió justamente veinticuatro horas antes de la expiración de su póliza.

Es explicable por lo tanto, la opinión de los antiguos tratadistas franceses Valin, Emerigon y Pothier, al condenar estas rudimentarias formas de pseudo seguro de vida.

A mediados del siglo XVII, Lorenzo Tonti propone al Cardenal Mazarino, la explotación por el Estado francés de rentas vitalicias especiales que producirían notorios beneficios al Erario Público, les llamaron tontina y consistía en grupos de personas que realizaban aportaciones a un fondo común, dinero que se repartía entre los

---

<sup>8</sup> Cfr. Idem.

supervivientes cuando llegaban a una cierta edad; este fue el primer desarrollo importante del Seguro de Vida como negocio. La primera tontina se fundó en Francia en 1689, y en 1692 se estableció la primera tontina inglesa.

En Estados Unidos de Norteamérica, la primera noticia que se tiene del seguro de vida, aparece en el Estado de Massachussets en 1809; se trata de una póliza expedida sobre la vida de Jabez Lord.<sup>9</sup>

### 1.3. EDAD CONTEMPORÁNEA

En Inglaterra se desarrolló luego de una prohibición general, una amplia libertad para contratar seguros de vida, aprobándose, además del seguro sobre la propia vida, el seguro sobre la vida ajena, cuando exista un interés legítimo sobre ella.

Europa siguió los pasos de Inglaterra, en cuanto a la legislación de la rama de vida, lo que se vio favorecido con la aparición de las primeras tablas de mortalidad, basadas en el progreso de las ciencias matemáticas y estadísticas. Pero el punto culminante de este período lo marca la aparición de la empresa moderna, con la rápida difusión de la sociedad por acciones, originada por la Compañía Colonial Holandesa.

Este tipo de sociedades trajo aparejada una compleja reestructuración de las prestaciones: mientras el censor se dedicaba exclusivamente al seguro marítimo (BROKER), el

---

<sup>9</sup> Cfr. BENITEZ DE LUGO, Op.Cit. Pág. 71.

agente surgía con fuerza en todas las otras ramas, y mientras la rama de vida se tecnicaba en virtud del cálculo científico de mortandad, prima y reservas adecuadas, las otras ramas permanecían sin cambios, salvo en lo que respecta a las reservas técnicas.

El siglo XVIII se caracteriza por la fundación de compañías aseguradoras como "Society of Insurances of Windows and Orphans" y "The society for equitable insurance of live and survivorships"

En 1827 nace la primera sociedad alemana de seguros de vida: *Lebensuersicherungsbank fur Deustchland*.<sup>10</sup>

En México, de acuerdo con el jurista Ruiz Rueda, los antecedentes más remotos del seguro, los encontramos en las Ordenanzas de México las cuales establecieron que en materia de seguros serían aplicables supletoriamente las Ordenanzas de Sevilla y no obstante que al realizarse en 1680 la Recopilación de las Leyes de los Reinos de Indias, se dedicó el título 39 del libro IX a la reglamentación del seguro, fueron las de Bilbao las que rigieron en la práctica y en las resoluciones del Consulado de la Nueva España. De ahí que después de la independencia de México, continuaran aplicándose estas últimas y aún se reconociera esa vigencia en un decreto de 1841 hasta que en 1854 se expidió el primer Código de Comercio de México (conocido como Código Lares).

El Código Lares reglamentó el seguro en el Título VII de su libro segundo, dedicado a los "Seguros de conducciones

<sup>10</sup> Cfr. BENITEZ DE LUGO, Luis. Op. Cit. Pág. 72-73.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

terrestres", y en la sección IV del título III de su libro tercero, que se ocupa de los "seguros marítimos". Cuando de hecho dejó de regir ese Código, recuperaron su fuerza las ordenanzas bilbaínas, que siguieron en vigor hasta que se expidió el "Código de Comercio de los Estados Unidos Mexicanos", de 15 de abril de 1884.

Sin embargo en 1870 por decreto de 8 de diciembre, el Congreso Federal aprobó el "Código Civil para el Distrito Federal y territorios de la Baja California", el cual, en su libro tercero, título XVII, capítulo II reglamentó los diversos contratos de seguro, con excepción del marítimo, que en su artículo 2899 se dejó sometido exclusivamente a las disposiciones de un código de comercio que todavía no se había expedido.<sup>11</sup>

En 1884 se expidió un nuevo Código Civil que en materia de seguros no marítimos reprodujo los setenta y siete artículos que el Código de 1870 había dedicado a esta materia, dejó fuera de su campo de aplicación a los seguros marítimos, lo cual obedeció a que por una reforma constitucional de 1883 el derecho mercantil se federalizó, expidiéndose en 1884 el Código de Comercio de los Estados Unidos Mexicanos, el de Comercio reglamentó el seguro, primero en el título VIII de su libro segundo, dedicado a los "seguros mercantiles", y después en el capítulo III del título III, de su libro tercero, que se ocupa de los seguros marítimos.

---

<sup>11</sup> Cfr. RUIZ RUEDA, Luis. El Contrato de Seguro. Porrúa. México. 1978. Págs. 23

Por tanto se configuró el contrato de seguro como mercantil en el Código de Comercio que ya tenía el carácter de federal, y además como contrato civil, regido por los Códigos Civiles locales del Distrito y Territorios Federales y de los Estados, cuando esos contratos no llenaran los requisitos consignados en el artículo 682 del Código de Comercio, es decir, que el asegurador fuera un comerciante o compañía comercial que entre los ramos de su giro tuviera el de seguros; y que el objeto de él fuera la indemnización de los riesgos a que estuvieran expuestos las mercancías o negocios comerciales. De conformidad con lo anterior, el seguro de personas, era un contrato civil.<sup>12</sup>

Pocos años después en 1889, al promulgarse el nuevo Código Mercantil, el criterio para determinar la mercantilidad de un seguro, cambia, pues en su artículo 75 fracción XVI, establecía como acto de comercio, los contratos de seguros de toda especie, siempre que sean hechos por empresas. Este Código regulaba el contrato de seguro de vida, en el libro segundo, título séptimo, artículo 392, que establecía: "que los contratos de seguro de cualquier especie, siempre que fuesen hechos por empresas, serían mercantiles"; el contrato de seguro de vida lo normaba en el capítulo segundo, disponiendo el artículo 426 que "el seguro de vida comprendería todas las combinaciones que pudieran hacerse."

Sin embargo hasta que se expidió el Código Civil para el Distrito y Territorios Federales de 1928, vigente desde 1932, fue cuando se suprimió toda reglamentación del contrato de

---

<sup>12</sup> Cfr. Ibidem. Pág. 25

seguro no mercantil, es decir, no realizado por empresa, sino celebrado aislada y ocasionalmente, lo cual ya reveló el nuevo criterio de los legisladores, en el sentido de que no es posible la operación aislada de seguro, sino que invariablemente tiene como elemento indispensable la mutualidad o sea, la asunción de riesgos en gran número.<sup>13</sup>

Durante el inicio en México de la actividad aseguradora, no existió ninguna vigilancia para garantizar los intereses de los asegurados, siendo por tanto, objeto de numerosos abusos en forma desmedida por quienes prestaban el servicio; por lo que se originó el repudio y la desconfianza del público y las empresas extranjeras acapararon el mayor número de asegurados en virtud de su experiencia capital.

Así se expidió el 16 de diciembre de 1892 la Ley Sobre Compañías de Seguros, la que motivó la libertad de organización de las aseguradoras, reservándose el gobierno por conducto de la Secretaría de Hacienda, la facultad para decretar la suspensión de las compañías que funcionaran sin apego a la ley; como la de no constituir garantía mediante la adquisición de bienes inmuebles dentro del país duplicándose el monto tratándose de empresas extranjeras.

Fue por estos años en que dos empresas nacionales vendían seguros sobre la vida: "La Mexicana" y "La Fraternal"; en 1897 se formó la Asociación Mexicana de Representantes de Compañías de Seguros.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Cfr. Ibidem. Pág. 26

<sup>14</sup> Cfr. Ibidem. Pág. 27



El 26 de marzo de 1910 se promulgó la Ley relativa a la Organización de las Compañías de Seguros Sobre la Vida, estableciendo la creación de departamentos de seguros dentro de las compañías, pretendiendo el Estado, controlar su funcionamiento en el ramo de vida; limitó su organización en sociedades mutualistas y anónimas; se prohibía que las personas físicas ejercieran las funciones de asegurador y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público estaba encargada de vigilar e inspeccionar su ordenamiento interno y externo.

Vino en turno la Ley General de Sociedades de Seguros de mayo de 1926, en el que su objeto principal era establecer la vigilancia del Estado sobre los actos de las aseguradoras y los contratos relativos; regir para todas las compañías nacionales y extranjeras, sujetarlas a la aplicación de las leyes mexicanas y a los tribunales mexicanos, en todos los negocios en cuya causa y acción tuvieran origen en el país.

Finalmente el 30 de agosto de 1935 se publicó la Ley General de Instituciones de Seguros derogando la anterior, expidiéndose ese mismo año la vigente Ley sobre el Contrato de Seguro.<sup>15</sup>

La historia del seguro además de informar de la idea del seguro como móvil de actividad humana, de sus realizaciones en el tiempo, de cómo se ha ido disciplinando jurídicamente y cómo ha alcanzado considerable amplitud el derecho que le es peculiar, expone también los problemas que las exigencias de la equidad y sus efectos sociológicos han venido planteando. Así a medida que la institución del seguro cobraba

---

<sup>15</sup> Cfr. Ibidem. Pág.28.

importancia fueron haciéndose más relevantes las situaciones de desigualdad entre las partes en el contrato, para el asegurado (siendo o no parte en él) y para los beneficiarios, personas que ocupaban una posición desventajosa respecto de la empresa aseguradora. Aquéllas podrían sufrir la pérdida de sus derechos a causa de una nulidad o de una rescisión que, si bien fundadas en el derecho aplicable, se hicieron sentir soluciones en extremo rigurosas y numerosos litigios al ser fácil para el público incurrir en tales sanciones, de estas controversias emanó jurisprudencia atemperando la aplicación del derecho positivo, que influyó después en la evolución legislativa.

Pero también, derivó una desconfianza apreciable por parte del público, que aún hoy persiste en numerosos países; actitud que contrasta con el carácter de necesidad social que acompaña el seguro de vida, y con su moderna práctica sobre bases científicas.

Tanto en países donde el seguro de vida encontró acogida, como más tarde en aquéllos donde se aceptó con timidez, encontramos inconformidad y desconfianza, determinando a las empresas aseguradoras la tarea de propagar el seguro y superar las mismas, por lo que procuraron rodear la institución de un ambiente favorable y enriquecer el contrato mediante nuevas condiciones peculiares e idóneas a sus fines, condiciones que disiparon temores en torno a la efectividad futura del instrumento asegurador frente a posibles deficiencias de derecho de que pudiera adolecer el acto contractual. El legislador en muchos Estados comprendió lo anterior y lo tomó en consideración en el ejercicio de sus funciones.

De estas nuevas condiciones para los contratos de seguro de vida y en defensa del asegurado, la llamada "cláusula de indisputabilidad" es una de las de mayor relieve y constituyó un elemento de vital importancia para brindar confianza al público, al consistir en una estipulación puesta por la empresa, que impide a la misma la impugnación del contrato por vicios del consentimiento en la medida que autoriza la ley.

## 2. CONCEPTO DE SEGURO DE VIDA.

La Ley sobre el Contrato de Seguro en su artículo 1° nos proporciona el concepto de este último en términos generales indicando: "por el 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".

Sin embargo no encontramos definición del contrato de seguro de vida, por lo que diversos autores han tratado de conceptualarlo, entre ellos encontramos a Garrigues Joaquín, quien nos dice: "en el seguro sobre la vida el asegurador se obliga al pago de una suma determinada, cuya cuantía es independiente de la necesidad patrimonial efectivamente sentida, teniendo como características el ser un contrato de capitalización y no de indemnización. De ahí la posibilidad de asegurarse en distintas empresas y por cualquier suma, a diferencia del seguro contra daños y el riesgo que el

asegurador asume descansa en la incertidumbre en cuanto a la duración de la vida humana."<sup>16</sup>

Para Benítez de Lugo es: "aquel vínculo jurídico que se establece entre el asegurador y el asegurado, en virtud del cual, a cambio de las prestaciones de este último, en forma de prima o cuota, única o periódica, calculada actuarialmente, adquiere el derecho a la entrega de un capital o disfrute de una renta en época y tiempos determinados".<sup>17</sup>

Rodríguez Rodríguez señala que "en los seguros de vida el asegurador promete pagar una o varias cantidades contra el pago de la prima, al producirse el riesgo previsto que ha de referirse a la duración de la vida del asegurado."<sup>18</sup>

Vásquez del Mercado menciona que: "es el contrato en virtud del cual, el asegurador se obliga a pagar una suma de dinero o dar una renta al verificarse la muerte de una persona o por el contrario, al transcurrir un término sin que se verifique el evento de muerte."<sup>19</sup>

La Ley Sobre el Contrato de Seguro en su artículo 151, señala que: "el contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital."

---

<sup>16</sup> GARRIGUES, Joaquín. Curso de Derecho Mercantil. Tomo II. 9ª. Porrúa. México. 1998. Pág. 322

<sup>17</sup> BENITEZ DE LUGO, Luis. Op. Cit. Pág. 6

<sup>18</sup> RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Joaquín. Derecho Mercantil. Tomo II. 24ª. Porrúa. México. 1991. Pág. 195.

<sup>19</sup> VASQUEZ DEL MERCADO, Oscar. Contratos Mercantiles. 7ª. Porrúa. México. 1997. Pág. 365

De lo anterior podemos elaborar la definición del contrato de seguro de vida quedando en los siguientes términos: por el contrato de seguro de vida la empresa se obliga mediante una prima, a pagar una suma de dinero, al verificarse el riesgo en la existencia del asegurado, previsto en el contrato.

### 3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SEGURO DE VIDA.

#### 3.1. Riesgo

El riesgo es un elemento esencial en todo contrato de seguro, es la posibilidad de un evento dañoso, de tal manera que al no existir dicha posibilidad, no puede celebrarse el contrato o bien, éste es nulo.

El licenciado Vásquez del Mercado establece que: "el riesgo, consiste en la eventualidad de que se dé un acontecimiento futuro, que puede ser incierto, o cierto, pero de plazo indeterminado, el acontecimiento no depende de la voluntad de los sujetos, por lo que puede o no suceder.

La determinación del riesgo asegurado queda sujeto a la voluntad de las partes, quienes fijarán los riesgos cubiertos y los riesgos no cubiertos en el momento del contrato o con posterioridad, modificando la póliza." <sup>20</sup>

De acuerdo con el autor Sánchez Flores, no todos los riesgos son asegurables, ya que es preciso que reúnan ciertos

---

<sup>20</sup> Ibidem. Pág. 280

caracteres 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. Sólo los hechos futuros pueden constituir riesgos. Los hechos pasados o presentes aún cuando sean inciertos por no tener conocimiento de ellos, no pueden considerarse técnicamente como riesgos, puesto que ya se realizaron, aún cuando no se conozca esa realización, dejando de ser un riesgo para constituir un siniestro.

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.<sup>21</sup>

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.

---

<sup>21</sup> Cfr. SÁNCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. La Institución del Seguro en México. Porrúa, México, 2000. Pág. 188.

A este respecto el artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece: "El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro ya se hubiere 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."

La incertidumbre puede versar sobre el acontecimiento mismo o sobre el momento o circunstancias en que necesariamente 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.

"El 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."<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> SÁNCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 189.

De acuerdo con el artículo 59 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, "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."

El riesgo puede dejar de existir aún después de celebrado el contrato, es decir el contrato es válido pero uno de sus elementos desaparece, entonces el contrato se resolverá de pleno derecho y la prima se deberá únicamente por el año en curso. (Artículo 46 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

De acuerdo con el licenciado Sánchez Flores, "el riesgo ha recibido un sinnúmero de clasificaciones, entre ellas encontramos:

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.”<sup>23</sup>

En el caso del seguro de vida, el riesgo consiste en la posibilidad de muerte o en la superación en el tiempo de ese evento, de manera que si el asegurado fallece se obliga a pagar una suma al beneficiario y de no ser así, al cumplirse un tiempo prefijado sin que acaezca la muerte, la prestación consistirá en una suma como capital o en pagos periódicos como renta.

Rodríguez Rodríguez nos dice: “en los seguros para el caso de vida, el riesgo es la pérdida de la capacidad productiva: la vejez, en cuanto es privación de energía de trabajo; ese es el daño temido, el riesgo se produce al cumplirse cierta edad, el interés en este seguro consiste en no envejecer y en los seguros para el caso de muerte en que no acontezca dicho suceso.” <sup>24</sup>

Los factores para evaluar el riesgo son: edad del asegurado, la profesión u oficio, antecedentes médicos, antecedentes familiares, hábitos, sexo.

De todos ellos la edad del asegurado es un requisito de esencial importancia para apreciar el riesgo y sobre todo para determinar el monto de la prima, por ello que la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en sus artículos 160 y 161, establezca una serie de reglas cuando ha habido una inexacta declaración por parte del asegurado:

---

<sup>23</sup> Ibidem. Pág. 203

<sup>24</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ. Op. Cit. Pág. 194.

- a) 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.
- b) Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:
- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- 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, y

- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados; la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

"Si en el momento de celebrar el contrato de seguros, 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 Ley Sobre el Contrato de Seguros).

Ahora bien, tratándose de menores de edad, el artículo 157 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece que 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, asimismo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

el artículo 158 prevé que 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.

Estos preceptos tienen como principal fin evitar el infanticidio, pues se podría poner en peligro a los menores con motivo de contrataciones de seguros con fines distintos a los que persigue la institución de seguro.

### 3.2. Póliza

Para Martínez de Gil "la póliza es el documento en que constan los derechos y obligaciones de las partes contratantes, y forma parte de la misma todos aquellos documentos necesarios para su expedición, los anexos y endosos posteriores a su emisión"<sup>25</sup>

La póliza consiste en un escrito redactado comúnmente por el asegurador y cuyo contenido debe ser aprobado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El jurista Sánchez Flores establece que: "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

<sup>25</sup> MARTINEZ GIL, José de Jesús. Manual Teórico y Práctico de Seguros. 4ª. Porrúa México. 1998. Pág. 193

que se establecen ciertas modificaciones o aclaraciones al contenido de la póliza contratada. Es el documento principal del contrato de seguro." <sup>26</sup>

Asimismo se ha establecido que la póliza presupone la existencia del contrato, no siendo necesaria para la validez de aquél.

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 presente ley", 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 su recepción de la oferta, pero sujetas a la condición suspensiva de la aprobación de la Secretaría de Hacienda. La disposición contenida en este artículo no es aplicable a las ofertas de aumentar la suma asegurada y en ningún caso en el seguro de personas."

---

<sup>26</sup> SÁNCHEZ FLORES; Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 125

La póliza deberá contener de acuerdo con el artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro los siguientes requisitos:

- 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, y
- VII. Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza, de acuerdo a las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes."

En el caso del seguro de vida además de los requisitos establecidos por el artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la póliza deberá contener:

- I. El nombre completo del asegurado, 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 del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas, y
- IV. En su caso, los valores garantizados." (Artículo 153 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

El hecho de que la empresa aseguradora deba entregar al contratante del seguro una póliza, no hace formal el contrato

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de seguro, pues su característica primordial es la de ser consensual, ya que se perfecciona con el simple consentimiento de las partes, tal y como se desprende del artículo 21, fracción I, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.<sup>27</sup> La póliza constituye la manifestación escrita y la prueba, por excelencia de su celebración, en consecuencia su entrega al tomador constituye una de las principales obligaciones del asegurador, de acuerdo con el artículo 19 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" (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Esta estipulación debe insertarse textualmente en la póliza de conformidad con el artículo 26 del multicitado ordenamiento.

Las pólizas por regla general pueden ser nominativas, a la orden o al portador (artículo 29 Ley Sobre el Contrato de Seguro); pero tratándose del seguro de personas el artículo 154 dispone expresamente que las pólizas no podrán ser al portador, la nominativa se transmitirá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa aseguradora; y 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.

---

<sup>27</sup> "Artículo 21. El contrato de seguro: I. Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviera 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;..."

"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." (Artículo 27 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

### 3.3. Prima.

De acuerdo con el licenciado Sánchez Flores la prima se puede definir 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 ésta le otorga a fin de que, una vez presentado el siniestro, esté en posibilidad de pagar la indemnización correspondiente."<sup>28</sup>

Para Vásquez del Mercado "es el resultado de conjugar estadísticas y tablas de mortalidad para llegar a considerar lo que debe pagarse por el riesgo cubierto, en el caso del

---

<sup>28</sup> SANCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 206.



seguro de vida por el asegurado, más los gastos de producción, administración y beneficios; además incluye lo necesario para la reserva matemática.

La prima se calcula de forma que sea una prima media que es superior en los primeros años al riesgo que se cubre y que al final del período será a la inversa ya que no es equivalente al riesgo sino menor."<sup>29</sup>

Lo anterior, porque en el seguro de vida, se trata de un riesgo que va aumentando conforme pasa el tiempo.

Así, la prima se calcula en función del tiempo de exposición al riesgo, de la suma asegurada, y de la gravedad e intensidad del riesgo.

La prima que se paga es calculada normalmente en razón al riesgo que se cubre, sin embargo puede suceder que el siniestro se produzca por una causa extraña al riesgo, en cuyo caso los efectos del contrato quedarán extinguidos de pleno derecho, pero la empresa aseguradora podrá exigir las primas convenidas hasta el momento en que conozca la pérdida. (Artículo 89 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Podemos decir entonces que, la prima constituye una obligación fundamental del contratante del seguro y se cumple pagando una suma de dinero que de acuerdo con el artículo 31 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros, deberá ser en el domicilio del contratante, salvo estipulación en contrario. Sin ella la empresa aseguradora no estaría en posibilidad de

---

<sup>29</sup> VASQUEZ DEL MERCADO, Oscar, Op. Cit. Págs. 281 y 326.

formar el fondo que se requiere para hacer frente al pago de siniestros.

La prueba de que se ha pagado la prima corre a cargo del asegurado, y ese pago 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 es útil para efectos de control interno de la institución aseguradora que expide el recibo, salvo que se establezca lo contrario en el mismo.

En relación con el tema el jurista Sánchez Flores expone: "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 y que se denominan impuestos y accesorios, los cuales dan origen a la prima total.

Es decir, los 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, más la ganancia comercial, y
- c) Otros gastos accesorios o fiscales repercutibles en el asegurado." <sup>30</sup>

El artículo 31 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece la regla general de que el contratante del seguro es quien está obligado al pago de la prima, sin embargo, en el seguro por cuenta de tercero, si el contratante resulta insolvente, la empresa aseguradora podrá reclamar del

---

<sup>30</sup> SÁNCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 207.

asegurado el pago de la prima (artículo 32 del citado ordenamiento), el beneficiario también quedará obligado el pago de la prima si al ocurrir el siniestro hubiera primas insolutas, por lo que la empresa aseguradora compensará éstas con la prestación debida (artículo 33). En el seguro de vida, el cónyuge y los descendientes del asegurado, lo sustituirán en el contrato cuando se declara la quiebra o se abra el concurso del asegurado, a menos de que los beneficiarios hagan renuncia expresa a esta sustitución; en cambio si son designados como beneficiarios, el cónyuge o descendientes del contratante sus derechos son inembargables por concurso o quiebra del asegurado. (Artículos 169 y 170 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros).

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

- a) Que el siniestro ocurra dentro de ese período. 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 período, es decir que vence el primer día de los treinta días naturales siguientes a la fecha de la vigencia del contrato;
- b) Que el siniestro ocurra fuera del período 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.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

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, ya que el contrato de seguro no puede sujetarse a la condición del pago de la prima, de acuerdo con los artículos 21, fracción II y 35 de la Ley invocada, respecto de los cuales no se admite pacto en contrario de conformidad con lo establecido por el artículo 193 del mismo ordenamiento.

De acuerdo con el licenciado Díaz Bravo: "La prima es única e indivisible, es única porque debe fijarse en cantidad alzada para todo el período de vigencia, aunque en el seguro de vida entera, el período es prorrogable por otros de igual duración, ordinariamente anuales; y es indivisible porque aunque la cobertura sólo esté vigente por un lapso inferior al período convenido, dicha prima debe pagarse en su totalidad, salvo que otra cosa se conviniere o que la reducción del plazo fuere imputable al asegurador."<sup>31</sup>

No obsta a lo anterior, el que pueda dividirse su pago y se habla entonces de una prima periódica o fraccionada, ya que este mecanismo, sólo tiene por efecto facilitar su pago. En el seguro de vida de acuerdo con los artículos 37 y 38 de la multicitada ley, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración, los cuales no podrán ser menores de un mes.

<sup>31</sup> DIAZ BRAVO, Arturo. Contratos Mercantiles, 6ª. Harla, México, 1997. Pág. 149

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

"Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este artículo. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley". (Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

"Será nulo cualquier convenio que pretenda privar de sus efectos a las disposiciones del artículo anterior." (Artículo 41 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Además, "la empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella." (Artículo 35 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

#### 4. Clases del seguro de vida.

En las operaciones de vida existen dos modalidades de seguros: para el caso de vida y para el caso de muerte, en el primer caso la obligación de la aseguradora se subordina a la sobrevivencia del asegurado a cierta fecha y en consecuencia, el beneficiario percibirá el capital si el asegurado vive en una fecha determinada; y en el segundo el asegurador debe

cumplir su prestación a la muerte del asegurado y en consecuencia el beneficiario recibirá el capital estipulado cuando se produzca el fallecimiento del asegurado.<sup>12</sup>

Para el licenciado Joaquín Rodríguez Rodríguez el seguro de vida puede clasificarse en:

#### 4.1. Seguros comunes de vida.

Dentro de este grupo se comprenden aquellos seguros cuyas cláusulas y condiciones deben reputarse usuales, distinguiendo tres subgrupos.

##### 4.1.1. Seguro de vida entera.

Estos seguros proporcionan seguro para toda la vida y si el contrato continúa en vigor se paga sólo a la muerte de las personas aseguradas. En la práctica incluso en México, da lugar a cuatro variantes:

##### a) Seguro ordinario de vida.

El más corriente y barato, porque su flexibilidad y múltiples combinaciones se adaptan a las necesidades de la inmensa mayoría de las personas que buscan en el seguro una protección para sus familiares.

---

<sup>12</sup> Cfr. SANCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 361-362.

En este seguro se pagan primas mientras vive la persona asegurada; de manera que sólo la muerte de ésta pone fin a la obligación de pagarlas y hace nacer el derecho al cobro de la indemnización.<sup>33</sup>

**b) Vida con pagos limitados.**

Como en el anterior, la indemnización sólo se paga a la muerte del asegurado, pero éste, en vez de tener que pagar hasta el último momento de su vida, lo hace durante el tiempo previamente pactado: que el asegurado alcance cierta edad (sesenta o setenta y cinco años, por ejemplo) o bien después de haber pagado primas durante un cierto número de años (diez, quince, veinte); esta es la forma más usada en México.

**c) Vida con prima única.**

El asegurado efectúa un sólo pago de la prima, teniendo derecho a la indemnización si ocurre su muerte o si cumple cierta edad. La prima está desembolsada de antemano íntegramente (capitalización a prima única).

**d) Vida mancomunada.**

En la póliza de vida mancomunada se estipula el pago de la suma asegurada, al morir la primera de dos o más personas aseguradas. Una póliza que fuese pagadera a la muerte de la

---

<sup>33</sup> Cf. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ. Op. Cit. Pág. 196



última vida asegurada sería llamada póliza del último sobreviviente. En la práctica mexicana se le llama también póliza en conjunto.<sup>34</sup>

Rodríguez Rodríguez, continúa exponiendo como clasificación del seguro de vida, lo siguiente:

#### 4.1.2. Seguros dotales.

En el seguro dotal la compañía aseguradora paga la indemnización convenida si la muerte del asegurado ocurre durante un cierto período, llamado dotal, o si no muere al cumplirse un plazo previamente convenido. Por ejemplo, un seguro dotal a quince años de \$20,000.00 supone que durante esos quince años debe efectuarse el pago de la prima convenida; si el asegurado muere antes de que pasen esos quince años, se pagará la suma convenida; pero si no muere, se le pagará la suma en cuestión al cumplirse esos quince años.

Se admite la doble posibilidad de que el pago de las primas se efectúe por todo el tiempo de seguro, o bien, que únicamente se paguen durante un plazo determinado (pagos limitados), así como las combinaciones del seguro mancomunado y de la prima única.

En esencia el seguro dotal es una combinación del seguro temporal para caso de muerte y de seguro para el caso de vida.

---

<sup>34</sup> Cfr. Idem.

En la práctica mexicana, los planes dotales más frecuentes son el dotal a diez, quince o veinte años; el dotal mancomunado a los mismos plazos, el dotal doble o con renta familiar, el dotal educacional, el dotal con dividendos o sin ellos.<sup>35</sup>

#### 4.1.3. Seguros temporales.

En ellos, el asegurador paga la indemnización si la muerte del asegurado ocurre dentro de un cierto plazo: un año, dos, tres, etcétera o hasta cierta edad.

Los seguros temporales admiten diferentes combinaciones como son el temporal convertible, el temporal convertible automáticamente y el temporal renovable. En la primera combinación se pacta que al concluirse el seguro temporal el asegurado pueda pedir su continuación como ordinario de vida; en la segunda esta conversión está prevista, pero no como una opción del asegurado, sino como un resultado automático del contrato, si continúa en vigor; el tercero, al concluirse el contrato por el transcurso del plazo convenido, se renueva por un período igual.

#### 4.2. Seguros de renta.

Los seguros de renta en sus diferentes modalidades, suponen que al producirse el riesgo en la vida del asegurado,

---

<sup>35</sup> Cfr. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ. Op. Cit. Pág. 197

el asegurador pagará periódicamente una pensión en los plazos convenidos. Los contratos de renta vitalicia de nuestro derecho son un remoto antecedente de aquéllas, que se derivan directamente de los *annuity* del derecho anglosajón.

No deben confundirse los seguros de renta con los seguros de vida en los que se establezca la cláusula opcional que permita elegir al beneficiario, al cobrar el seguro, entre el pago de una renta o la indemnización prevista.<sup>16</sup>

#### 4.2.1. Seguro de renta inmediata.

Los seguros de renta tienen dos variantes fundamentales, que son los seguros de renta inmediata y los seguros de renta diferida.

En el seguro de renta inmediata, la renta se empieza a pagar inmediatamente después de establecido el contrato.

#### 4.2.2. Seguro de renta diferida.

En este seguro, la renta empieza a hacerse efectiva sólo después del transcurso de un cierto plazo.

Los seguros de renta tienen otras variantes, como las llamadas pensiones de reintegro y en efectivo, que permiten cobrar a los herederos del beneficiario la pensión hasta el total pagado, o bien recibir en efectivo, y de una vez, la

---

<sup>16</sup> Cfr. Idem.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

diferencia entre la cantidad pagada en rentas y la que importó su adquisición.<sup>37</sup>

Por último agrega el autor esta clasificación:

#### 4.3 Seguros especiales y de combinación.

Aún en la práctica mexicana, que no es la más rica en esta materia, se encuentran múltiples planes de seguro, que son variantes o combinaciones de los ya expresados.

##### a) Seguros de vida con pago de rentas.

En los seguros en los que está previsto el pago de una cantidad determinada, se encuentran cláusulas opcionales que permiten al beneficiario cobrar, en vez de la cantidad única indicada, una renta por un período determinado, o por toda la vida del beneficiario con un mínimo de pagos garantizados o por toda la vida sin esta última garantía.

##### b) Seguro de renta familiar.

El seguro de renta familiar, que es siempre una cláusula adicional a un seguro de vida, se establece junto al pago para el caso de muerte del asegurado, un seguro temporal decreciente, que cubre un período de años fijo. Así por ejemplo se establece un seguro de vida con cláusula de renta familiar por quince años. Si la muerte ocurre en el quinto año, el beneficiario recibirá una renta de valor convenido

---

<sup>37</sup> Cfr. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ. Op. Cit. Pág. 198

durante los diez años restantes y, al final de ellos, la cantidad prevista como seguro ordinario de vida. Si la muerte ocurre después del plazo fijado, sólo se paga la cantidad correspondiente al seguro ordinario de vida.

**c) Seguro de protección familiar.**

Esta cláusula es semejante a la anterior y es una combinación del seguro de vida entera y de seguro temporal, estipula que el pago de una renta comienza con la muerte del asegurado, si ésta acontece dentro del período del seguro temporal, por un período determinado de diez, quince o veinte años, conforme se elija, que se cuenta desde la fecha de la muerte y no desde la fecha de la emisión, como el caso de la póliza de la renta familiar, pagándose el valor nominal al terminar este período.

Si la muerte sobreviene después del período del seguro temporal, el beneficio es el mismo que en la póliza de renta familiar, es decir, el pago del valor nominal.<sup>38</sup>

**d) Seguro con pensión.**

Este seguro llamado también de pensión dotal o dotal de retiro, permite al beneficiario percibir una cantidad determinada, si el asegurado muere antes de cierta edad y si llega a ésta, cesa la obligación de pagar tal cantidad abonándose en cambio una renta o su valor efectivo.

---

<sup>38</sup> Cfr. Idem.

e) Seguro combinado.

Un caso curioso de seguro combinado es el que se practica en México por algunas compañías. Tiene antecedentes en Estados Unidos y Francia. Este seguro promete un capital para llegar al fallecimiento del asegurado, contra un número limitado de primas, por veinte o veinticinco años. Si el asegurado fallece dentro de este plazo se paga al beneficiario la indemnización prevista; pero si el asegurado vive, al concluir ese período tiene derecho a escoger entre las tres combinaciones siguientes:

- 1) El contrato se da por concluido y el asegurador paga una suma fijada en el contrato, superior al capital pagado para el caso de fallecimiento.
- 2) El seguro continua pero no se pagan primas, y el asegurado recibe inmediatamente una cantidad inferior a la suma asegurada para el caso de fallecimiento y tiene derecho a una nueva cantidad al ocurrir éste; siendo la suma de ambas superior a la indemnización para el caso de muerte anterior.
- 3) Concluye el pago de primas y el asegurado recibe una renta vitalicia cuyos productos serían iguales al importe de la prima.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Cfr. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ. Op. Cit. Pág. 199

## 5. Elementos del seguro de vida.

### 5.1. Elementos personales.

Como en toda relación jurídica, en el contrato de seguro de vida encontramos elementos personales que contraen derechos y obligaciones y son: asegurador, tomador o contratante del seguro, asegurado, tercero asegurado y beneficiario.

En los seguros de vida y sobre todo en los de grupo, es frecuente que los conceptos de contratante, asegurado y beneficiario funcionen independientemente.

#### 5.1.1. Asegurador.

Para Martínez de Gil "el asegurador directo es el nombre que se le da a la compañía de seguros que asume el riesgo, previo acuerdo directo y personal con el asegurado para distinguirlo de aquellos supuestos en que la obligación directa no se produce en contra de la misma."<sup>40</sup>

Rodríguez y Rodríguez señala: "el asegurador es la persona que debe pagar la indemnización al producirse el siniestro. Actúa de intermediario entre las diversas economías aseguradas, para distribuir entre todos el daño sufrido por los afectados."<sup>41</sup>

<sup>40</sup> MARTÍNEZ GIL, José de Jesús, Op. Cit. Pág. 144

<sup>41</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Op. Cit. Pág. 145

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Únicamente puede ser asegurador, una institución autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en términos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

De acuerdo con lo anterior, en nuestro país existen dos tipos de empresas de seguros que la ley denomina: Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, cuya diferencia radica en su constitución y organización.

Las instituciones de seguros son sociedades mercantiles, anónimas que se constituyen bajo las disposiciones de la Ley General de Sociedades Mercantiles, y sólo pueden realizar la operación u operaciones para las que han sido expresamente autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de tal modo que si realizan varias han de constituir para cada una de ellas un departamento especial de conformidad con los artículos 7 y 33 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

"Las sociedades mutualistas de seguros son asociaciones de personas no transitorias para realizar un fin común lícito y que no contiene el carácter preponderantemente económico, puesto que deberán organizarse y funcionar de tal manera que las operaciones de seguro que practiquen no produzcan lucro o utilidad para ellas o para sus socios, por lo que sólo cobran lo indispensable para cubrir los gastos generales que ocasione su gestión y para constituir las reservas necesarias a fin de poder cumplir sus compromisos derivados de los riesgos; y se constituyen bajo las disposiciones de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros



en sus artículos 78 y siguientes y de las bases generales que expide la Secretaría de Hacienda y Crédito Público." <sup>42</sup>

#### 5.1.2. Tomador o contratante del seguro.

De acuerdo con Martínez de Gil, "el tomador del seguro es el que suscribe la póliza de la compañía aseguradora comprometiéndose al pago de las primas estipuladas y teniendo derecho al cobro de las indemnizaciones que correspondan con motivo del siniestro."<sup>43</sup>

El tomador o contratante generalmente es el titular de la prestación a que se obliga el asegurador, pero puede ser otro sujeto, en cuya esfera patrimonial viene a incidir el riesgo y que por lo tanto tiene necesidad de la cobertura del seguro, así encontramos las siguientes variantes: 1) Cuando la persona que contrata es diversa al asegurado, se está frente al seguro por cuenta de otro; 2) La persona que contrata es al mismo tiempo el asegurado, quien puede designar un beneficiario. Puede haber también otra persona sobre la cual se contrata el seguro, es el caso del seguro sobre la persona de un tercero y 3) El contratante y el asegurado son la misma persona, diversa al beneficiario, es el seguro a favor de tercero.

Para el licenciado Sánchez Flores "el tomador del seguro es la persona que celebra el contrato de seguro, a fin de que:

<sup>42</sup> Ibidem. Pág. 148.

<sup>43</sup> MARTINEZ GIL, José de Jesús. Op. Cit. Pág. 44.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- a) Se entregue cierta cantidad de dinero a determinada o determinadas personas que indique para el caso de su muerte;
- b) Se le entregue cierta cantidad de dinero para el caso de muerte de cierta persona;
- c) Que se entregue cierta cantidad de dinero a sus hijos o a un tercero que determine en caso de muerte de una tercera persona que designe, o
- d) Se le entregue cierta cantidad de dinero para el caso de que no muera al cumplirse el plazo de cierta edad." <sup>44</sup>

En relación con la capacidad del contratante del seguro, debe contar con capacidad de goce y de ejercicio, que de acuerdo con Bejarano Sánchez, la primera es la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones y la segunda la aptitud para ejercitar o hacer valer por sí sus derechos.<sup>45</sup>

### 5.1.3. Asegurado.

Para Martínez de Gil, "en sentido restringido, asegurado, es la persona cuyas características individuales recaen sobre la cobertura del seguro; por ejemplo, en el ramo de vida, el asegurado es la persona cuya vida es garantizada y en el ramo de incendio, es el titular del inmueble cubierto por la póliza. Ahora bien en sentido amplio, asegurado es el que suscribe la póliza de la compañía aseguradora, comprometiéndose al pago de las primas estipuladas y teniendo

<sup>44</sup> SÁNCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 371

<sup>45</sup> Cfr. BEJARANO SÁNCHEZ, Manuel. Obligaciones civiles. Harla. 3°. México. 1984. Pág. 130

derecho al cobro de las indemnizaciones que corresponden con motivo del siniestro.”<sup>46</sup>

Podemos decir entonces, que es el sujeto en cuya esfera patrimonial viene a incidir el riesgo y que por lo tanto tiene necesidad de la cobertura del seguro, es quien tiene derecho a la prestación del asegurador porque es el titular del interés asegurado.

Asegurado puede ser cualquier persona física o jurídica. Esta regla tiene como excepción los menores de doce años, quienes a pesar de ser sujetos de derecho con posibilidad de ser representados, no pueden ser asegurados para el caso de muerte, de acuerdo al artículo 157 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Así, en los seguros de vida, es asegurado la persona física respecto de cuya existencia, integridad personal, salud o vigor vital se contrata la cobertura.

#### 5.1.4. Tercero asegurado.

Se refiere al caso concreto cuando el seguro se estipula sobre la vida de un tercero; es decir, cuando quien contrata el seguro lo hace asegurando la vida de otro, ya sea que la asegure en interés del tercero mismo o a su favor, o en interés de otro tercero.

---

<sup>46</sup> MARTINEZ GIL, José de Jesús. Op. Cit. Pág. 48-49

De acuerdo con el artículo 156 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el seguro puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, en cuyo caso se requiere del consentimiento por escrito del asegurado, pues de lo contrario sería nulo el contrato, además se debe especificar el nombre completo, edad, la suma asegurada y datos necesarios para que el asegurador evalúe el riesgo.

La excepción a lo anterior la establece el artículo 159 del mismo ordenamiento, al referirse al seguro recíproco, el cual podrá celebrarse en un sólo acto y tratándose sobre el seguro de vida del cónyuge o del hijo mayor de edad el contrato será válido sin consentimiento de éstos.

El artículo 187 del multicitado ordenamiento jurídico señala que: "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".

#### 5.1.5. Beneficiario.

El licenciado Sánchez Flores establece que "beneficiario es la persona designada en la póliza por el asegurador o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen."<sup>47</sup>

Para Rodríguez Rodríguez "es la persona a quien se abona el dinero o se prestan los servicios que constituyen el

---

<sup>47</sup> SANCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 373.

contenido de la obligación del asegurador. No tiene un derecho propio sino derivado, no independiente sino sujeto a las contingencias del contrato por parte del asegurado"<sup>48</sup>

Los beneficiarios son terceros ajenos a la relación contractual entre las partes, que en virtud de su designación o inclusión en el contrato, adquieren un derecho propio y exigible ante la aseguradora. Su designación queda a libre voluntad del asegurado y la compañía no tiene porque oponerse. Lo que sí le es permitido, es que puede hacerle notar al asegurado, que la redacción por él propuesta, por no ser clara y precisa, puede dar lugar a complicaciones para el pago de la indemnización. En ese caso, la compañía podrá, si así lo desea el asegurado, redactar adecuadamente la designación de beneficiario y una vez aprobada, será la que aparezca como definitiva en la póliza, es decir, que mientras el asegurado no dé su aprobación a la proposición de la redacción de la cláusula beneficiaria efectuada por la compañía aseguradora, será válida la designación inicialmente hecha por el asegurado.

Lo anterior en virtud de que el fin de la designación de un beneficiario es que éste reciba sin contratiempo alguno y a la mayor brevedad posible, los beneficios que establece el contrato de seguro. Por su parte, lo que hace la compañía aseguradora en el fondo, no es oponerse a la voluntad del asegurado, sino prestar un mejor servicio de orientación o asesoramiento.

---

<sup>48</sup> RODRIGUEZ Y RODRIGUEZ, Joaquín. Op. Cit. Pág. 150-151

Es cierto que en no pocas ocasiones, la designación de beneficiario es confusa o contradictoria, por lo que habrá necesidad de interpretar el espíritu o intención del asegurado. En estos casos, tendrá que acudir a datos o hechos colaterales a la designación.

La designación del beneficiario puede hacerse en el momento de la propuesta, cuando se celebre el contrato, o en un acto posterior a su celebración. Esa designación puede ser en forma determinada o indeterminada, revocable o irrevocablemente.

Al respecto Martínez de Gil nos indica: "el beneficiario determinado, es aquel que se expresa en nombre y apellido, o bien denominación o razón social de la sociedad."<sup>49</sup>

La póliza del contrato de seguro debe contener la designación expresa del o de los beneficiarios, con el objeto de que la compañía aseguradora pueda tener la certeza de que la persona que ejerce el derecho a cobrar los beneficios de la póliza está facultada para ello. Asimismo, tiene como finalidad obtener el beneficio inmediato del capital.

Respecto a los beneficiarios indeterminados, el autor señala "son aquellos que se expresan con términos genéricos, por ejemplo, en muchas ocasiones el asegurado señala 'mis hijos', 'mis hermanos', 'mis herederos', 'mi esposa', etc."<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> MARTINEZ GIL, José de Jesús. Op. Cit. Pág. 66.

<sup>50</sup> Idem.

El asegurado podrá cambiar la designación del beneficiario en el momento en que desee siempre que se reúnan los siguientes requisitos:

- a) Cuando la designación de un beneficiario que aparece en la póliza no se haya hecho con el carácter de irrevocable.
- b) Que se determine el nombre del beneficiario que se revoca.
- c) Que se especifique el número de póliza, compañía aseguradora, suma asegurada, etc.

"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 siguiente." (Artículo 164 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

"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 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

"Salvo lo dispuesto en el artículo 164 de la citada ley, 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 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

"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 restablecerán de pleno derecho si el concurso, quiebra o secuestro quedaren sin efecto." (Artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

"Cuando el asegurado renuncie en la póliza 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 Ley Sobre el Contrato de Seguro)

"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 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

"Por el cónyuge designado como beneficiario, se entenderá al que sobreviva." (Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).



"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 cónyuge, las demás personas con derecho a la sucesión." (Artículo 173 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Así podemos decir que el beneficiario no es parte del contrato de seguro, es un tercero, cuya designación queda a voluntad del asegurado, y que recibirá los beneficios del contrato, teniendo un derecho propio que puede exigir frente a la aseguradora.

## 5.2. Elementos materiales.

Como elementos materiales encontramos:

### 5.2.1 Interés asegurable.

El jurista Oscar Vásquez del Mercado en relación al presente inciso menciona 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 que el riesgo contratado no se convierta en siniestro, de manera que el evento dañoso no ocasione una pérdida irreparable. Encontramos pues que el daño económico que se produce por el siniestro, es el valor del interés asegurado." <sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> VASQUEZ DEL MERCADO, Oscar. Op. Cit. Pág. 281

El interés asegurable constituye el objeto del contrato y es considerado como un elemento del riesgo ya que sin interés no puede haber riesgo; su existencia es esencial para legitimar el contrato porque 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.

El licenciado Octavio Sánchez Flores expone "se ha establecido que el interés asegurable 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."<sup>52</sup>

Para Rodríguez Rodríguez "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".<sup>53</sup>

"Para fijar la indemnización del seguro se tendrá en cuenta el valor del interés asegurado en el momento de realización del siniestro." (Artículo 91 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

<sup>52</sup> SANCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 241

<sup>53</sup> RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Joaquín. Op. Cit. Pág. 136

"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 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En el caso del seguro de personas, no se ha considerado acertado hablar de un interés patrimonial asegurable pues el valor asegurable que es la vida no tiene límites cuantitativos, es decir, la vida humana no es posible tasarla para vincularla a una escala de valores.

En los seguros de personas en razón a su existencia, el valor asegurable se determina en función de la necesidad individual que satisface, esto es, según las posibilidades económicas de quien contrata el seguro.

En todo caso, el interés asegurable consiste en que no suceda el evento.

Al respecto el autor Isaac Halperin nos dice: "El interés requerido para el seguro sobre la vida es un mero interés moral, que radica en sufrir alguna pérdida por la muerte del tomador, de ahí que sean suficiente el amor y la afición, porque bastan para llenar la función que el interés debe desempeñar en este tipo de seguro, que es eliminar la apuesta sobre la vida humana y el incentivo al crimen."<sup>54</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<sup>54</sup> HALPERIN; Isaac. Seguros. Vol. II. 2°. Depalma. Buenos Aires. 1991. Pág. 788.

### 5.2.2. Suma asegurable.

De acuerdo con el licenciado Octavio Sánchez Flores "la suma asegurable se define 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 está obligado a pagar en caso de siniestro."<sup>55</sup>

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.

"En materia de seguros existen diferentes "valores" o bien, diferentes conceptos de valor, como son:

- a) Valor de reposición, es la cantidad necesaria para reponer los bienes dañados por otros de igual clase y calidad, sin considerar depreciación por uso;
- b) Valor real, es igual al valor de reposición, menos depreciación efectivo por uso.
- c) Valor convenido, es el valor que se ha acordado tomar como base para todos los efectos de la póliza."<sup>56</sup>

En el seguro de vida no es valuable la vida humana sino que lo que se valúa es el interés personal patrimonial que la persona le atribuye a que suceda o no el evento previsto. Por tanto es importante la voluntad de las partes contratantes como la capacidad económica de una de ellas (el asegurado).

<sup>55</sup> SANCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 247

<sup>56</sup> Ibidem. Pág. 247.

La suma asegurada sólo puede ser fijada por el propio asegurado de acuerdo a sus posibilidades económicas y que sea previamente aceptada por él.

### 5.2.3. Siniestro.

El jurista Isaac Halperin apunta: "el siniestro es el acontecimiento con cuyo acaecimiento halla fundamento la obligación del asegurador de indemnizar."<sup>57</sup>

Asimismo el autor Sánchez Flores 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.<sup>58</sup>

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.

<sup>57</sup> HALPERIN, Isaac. Op. Cit. Pág. 834.

<sup>58</sup> Cfr. SANCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 250

"Tan pronto como el asegurado o beneficiario, en su caso, tengan 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 presente ley, 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 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

"Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiera dado oportunamente" (Artículo 67 del citado ordenamiento).

"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 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Además "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 determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo". (Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

"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 excluirían o podrían 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 anterior." (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Asimismo, "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..." (Artículo 113 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En el seguro de vida para el caso de muerte, el siniestro lo constituye el fallecimiento del asegurado o del tercero cuya vida se aseguró; en los de supervivencia, el hecho de que al vencimiento viva el asegurado o el tercero cuya vida se aseguró.

En relación con el tema el jurista Isaac Halperin también señala: "Se prevé en el seguro para el caso de vida que incuestionablemente el paso del tiempo va provocando, a partir de cierta edad, menos facilidad para el trabajo y por lo mismo menos productividad en él de tal suerte que la contratación del seguro se hace para que cuando se dé el siniestro, consistente en el hecho de la sobrevivencia, se cuente con los medios de subsistencia necesarios para hacer frente a la eventualidad."<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> HALPERIN, Isaac. Op. Cit. Pág. 853.

#### 5.2.4. Garantía del asegurador.

De acuerdo con el licenciado Sánchez Flores, "la garantía del asegurador consiste en la obligación que asume de efectuar una determinada prestación contractual, al verificarse el evento temido. La garantía o el riesgo asumido por la empresa, se limita por la ley o convencionalmente por las partes, en relación con muchos factores, como son el tiempo, el lugar, el objeto expuesto al riesgo, la causa del evento temido, etc."<sup>60</sup>

Agrega el autor, que algunas de esas limitaciones son:

- a) Limitación temporal: el asegurador otorga su garantía sólo en caso de que el evento ocurra en un lapso de terminado. (Artículo 20, fracción IV de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).
- b) Limitación por el objeto del riesgo: el asegurador garantiza solamente contra el riesgo que amenaza a una persona o a una cosa determinada, pero si la cosa se ha designado por su género, todos los objetos que pertenezcan a él y que se encuentren al producirse el siniestro, se consideraran cubiertos. (Artículos 20, fracción II, 141, fracción II y 94 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).
- c) Limitación territorial: el asegurador garantiza sólo cuando el evento afecta a personas o cosas que se

---

<sup>60</sup> SANCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 257



encuentran en determinados lugares, como en el seguro contra accidentes de trabajo.

d) Limitación causal: la garantía se limita al caso en que el evento se produzca por determinadas causas o con exclusión de otras, de lo cual constituyen ejemplos la exclusión legal del siniestro voluntario a la convencional del producido por culpa grave del asegurado.

e) Limitación por la naturaleza del riesgo: la garantía sólo comprende riesgos de naturaleza determinada, especialmente en los ramos en que rige normalmente el principio de la universalidad del riesgo y convencionalmente se limita como en el seguro de transportes, cuando se cubren determinados riesgos y se excluyen los demás, por ejemplo: la rotura, la abolladura, etc.

f) Limitaciones circunstanciales: el asegurador sólo garantiza cuando el evento se realiza en determinadas circunstancias o con ciertas modalidades, como en el seguro contra robo siempre que éste se efectúe con fractura, mediante el empleo de herramientas que dejen huella, o de agentes físicos o químicos, o bien con violencia sobre las personas.

g) Limitación de la indemnización: el asegurador sólo garantiza el resarcimiento de una parte del daño ocasionado sea por pacto o por disposición legal.<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup> Cfr. *Ibidem.* Pág. 258

Se ha establecido que la garantía existe desde el momento en que perfeccionado el contrato se inicia un riesgo, o sea la posibilidad de que se realice el evento temido. Si éste no llega a producirse, no por ello se puede decir que el asegurador no ha cumplido con la prestación que es el contenido de su obligación; ha prestado su garantía de resarcimiento de daños posibles; ha asumido un riesgo y ha estado expuesto a su realización durante la vigencia del contrato, es por ello que en nuestra legislación se establece que en la póliza debe hacerse considerar la naturaleza de los riesgos garantizados, el momento a partir del cual se garantice el riesgo y la duración de esta garantía así como su monto.

## CAPITULO II

### LA CONTRATACION DEL SEGURO DE VIDA

Un aspecto importante que señalar en nuestro trabajo es sin duda la forma en que se realiza la contratación del seguro; comenzando por la singularidad que presenta y el trato distinto al que en materia civil se da a la figura del tercero ajeno al contrato; persona que en materia de seguros puede quedar vinculado a la relación principal, a través del pago de la prima.

La oferta de contratación, que corresponde al asegurado, presenta también aspectos destacados y que influyen determinantemente en el cumplimiento por parte de la aseguradora, sobresaliendo la obligación del asegurado de informar todo sobre el riesgo que se está contratando y no sólo informar sino dirigirse con la máxima buena fe en esas declaraciones.

A continuación profundizamos en estos aspectos:

#### 1. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN.

Como hemos visto en el capítulo anterior, la regla general es que el asegurado sea al mismo tiempo el contratante o tomador del seguro, sin embargo, en ocasiones puede tratarse de persona distinta, y es cuando nos encontramos ante un contrato en nombre de un tercero, aunque la ley de la materia emplea la expresión "por cuenta".

La Ley Sobre el Contrato de Seguro establece diversas modalidades para poder celebrar el contrato de seguros como son los seguros celebrados por representante, por cuenta de otro o de un tercero y por cuenta propia.

### 1.1. Por representante.

La contratación por medio de representante, es un principio establecido por el derecho común en el artículo 1800 del Código Civil, según el cual, quien es hábil para contratar puede hacerlo por sí o por medio de otro legalmente autorizado; de lo que se desprende que cualquier persona puede contratar por medio de apoderado.

Para el licenciado Bejarano Sánchez "la representación es una figura jurídica que consiste en permitir que los actos celebrados por una persona (llamada representante) repercutan y surtan efectos jurídicos en la esfera jurídico-económica de otro sujeto (llamado representado) como si este último los hubiera realizado, y no afectan para nada la del representante, el cual queda ajeno a la relación de Derecho engendradora por su acción."<sup>62</sup>

El autor agrega que la representación puede ser voluntaria y legal. La primera se crea por la autónoma decisión de la voluntad, expresada en un contrato llamado mandato, la segunda es instituida por la Ley, sea para los menores o demás incapaces, sea para ciertos organismos colectivos de Derecho Público. Cabría nombrar una tercera

---

<sup>62</sup>BEJARANO SANCHEZ, Manuel. Op. Cit. Pág. 134.

especie de representación, la judicial, en los casos en que el juez la decide y determina.

Además por un hecho jurídico llamado gestión de negocios se constituye una situación semejante a la representación, por lo que algunos autores la llaman representación oficiosa.<sup>63</sup>

La Ley Sobre el Contrato de Seguro presupone este tipo de contratación en su artículo 9, relativo a la obligación precontractual de la denuncia o descripción del riesgo.

Dicho artículo establece que "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".

La contratación por representante del asegurador, es igualmente obvia, tanto cuando se trata de apoderado o simplemente de gerente de la empresa y aún de agentes autorizados en su contrato, aunque no sean propiamente apoderados (Artículos 14 y 16 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cabe señalar que en el seguro de vida por tratarse de derechos personalísimos debe recabarse un poder especial para realizar la contratación por representante.

---

<sup>63</sup> Cfr. *Ibidem*. Pág. 135.

## 1.2. Por cuenta de otro.

En el seguro por cuenta de otro o cuenta ajena, el contratante y el asegurado son también personas distintas, pero el tomador no tiene poder. El tomador contrata en nombre propio, pero en interés ajeno. En este contrato el tomador del seguro, aún cuando no es representante, debe declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario, lo establece así el artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El seguro por cuenta ajena es muy frecuente en el comercio, sobre todo cuando una persona es responsable respecto de bienes que le son ajenos y que los tiene por algún acto, como en el caso del transporte, administración, para venderlos, en depósito, etc.

En este seguro las partes contratantes son únicamente el asegurador y el tomador del seguro. Y aunque el asegurado no interviene en la contratación, es quien recibe la prestación del asegurador. El tomador queda obligado al pago de la prima, pero si cae en insolvencia, el obligado será el asegurado, cuestión que contradice la teoría general de los contratos al consagrar un perjuicio a un tercero que no ha participado de la celebración del contrato, de conformidad con lo establecido en el artículo 32 de la citada Ley.

En relación con este tema el licenciado Ruiz Rueda destaca: "El seguro por cuenta de otro o ajena, puede pactarse designando la persona del interesado, en cuyo caso el tercero es determinado, o bien sin designar esa persona,

de modo que no se sepa sino con posterioridad. Es el seguro que se conoce como por cuenta de quien corresponda."<sup>64</sup>

El seguro por cuenta de quien corresponda, es aquél que cubre uno o más intereses subjetivos de determinada naturaleza sobre cosas determinadas o determinables posteriormente; pero cuyos titulares sean inciertos en el momento de la conclusión del contrato o cambien durante la vida de la relación.

La cláusula por cuenta de quien corresponda no permite pues la indeterminación en la naturaleza o en la cosa objeto del interés asegurado, sino tan sólo del interesado y, por tanto, hace posible el seguro:

- a) cuando es incierto quien sea el titular del interés asegurado, en el momento de la conclusión del contrato (seguro de interés con titulares inciertos o alternativos);
- b) cuando el interés asegurado, corresponda a varios titulares y no sea posible determinar previamente la porción de cada uno de ellos (seguro de interés con titulares acumulativos: con dominio sobre una misma cosa)
- c) Cuando el interés asegurado cambie de titulares durante su exposición al riesgo (seguro de interés con titulares sucesivos).<sup>65</sup>

De acuerdo con el licenciado Baeza Pinto, cuando en este tipo de seguro el asegurado sea persona indeterminada, dicha

<sup>64</sup> RUIZ RUEDA, Luis. Op. Cit. Pág. 102.

<sup>65</sup> Cfr. Idem.

indeterminación puede provenir, entre otras razones, de que no sea posible establecer, en el momento de la contratación del seguro, la persona del dueño de la cosa asegurada; o de que, por tratarse de un seguro colectivo, el conjunto de personas aseguradas esté sujeto a variaciones en su integración, es obvio que el contratante no actúa con poder de representación ni bajo una estipulación contractual, puesto que ni siquiera conoce a la o a las personas que resulten efectivamente aseguradas.<sup>66</sup>

Esta forma de seguro obliga a la empresa aseguradora, aún en el caso de que el tercero asegurado ratifique el contrato después del siniestro, señala el artículo 12 de la ley de la materia.

### 1.3. Por cuenta propia

En el seguro por cuenta propia o interés propio la pérdida afecta una cosa ajena, pero el interés protegido es del tomador; mientras que en el seguro por cuenta ajena también la pérdida afecta una cosa ajena pero el interés protegido es ajeno, es decir el tomador asegura a nombre propio intereses ajenos.

Esta modalidad de la contratación la prevé el artículo 11 de la Ley de la materia al indicarnos que: "el seguro podrá contratarse por cuenta propia o por cuenta de otro, con o sin la designación de la persona del tercero asegurado. En

---

<sup>66</sup> Cfr. BAEZA PINTO, Sergio. El Seguro. Editorial Jurídica de Chile. 3°. Chile. 1994. Pág. 46.



caso de duda, se presumirá que el contratante obra por cuenta propia."

En este caso, la Ley Sobre el Contrato de Seguro rompe abiertamente con las normas de los artículos 1801 y 1802 del Código Civil para el Distrito Federal relativas a la prohibición de contratar por otro sin tener autorización convencional o legal para ello.

Dichos artículos señalan:

"Artículo 1801.- Ninguno puede contratar a nombre de otro sin estar autorizado por él o por la ley."

"Artículo 1802.- Los contratos celebrados a nombre de otro por quien no sea su legítimo representante, serán nulos, a no ser que la persona a cuyo nombre fueron celebrados los ratifique antes de que se retracten por la otra parte. La ratificación debe ser hecha con las mismas formalidades que para el contrato exige la ley. Si no se obtiene la ratificación, el otro contratante tendrá derecho de exigir daños y perjuicios a quien indebidamente contrato."

Refiriéndonos al seguro de vida, el autor Baeza Pinto, nos dice "cuando una persona asegura la vida de otra, no por cuenta de ésta, sino por cuenta propia, la persona de cuya vida se trata es completamente ajena a la relación aseguradora y el asegurado es el contratante; él asume las obligaciones correspondientes y el seguro cede en su exclusivo beneficio o a favor del beneficiario que el mismo pudiera designar.

No se necesita, en modo alguno, ni el conocimiento ni el consentimiento de la persona cuya vida es asegurada. Esto sí que el asegurado debe tener interés actual y efectivo en la conservación de la vida de dicha persona, interés que puede ser económico, afectivo o moral."<sup>67</sup>

Lo anterior, cuando estamos ante un seguro sobre la vida del cónyuge o del hijo mayor de edad (artículo 159 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro); sin embargo en los demás supuestos necesariamente la ley prevé el consentimiento del asegurado para que el contrato sea válido, tal y como se desprende de los siguientes artículos:

"Artículo 156.- 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.

El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la transmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora."

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

---

<sup>67</sup> BAEZA PINTO, Sergio. Op. Cit. Pág. 48.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Incluso, considera nulo 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, de acuerdo con el artículo 157 de la citada ley, quedando la empresa aseguradora obligada a restituir las primas, y tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe.

Si nos fijamos detenidamente en estos artículos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y en el Código Civil, veremos que en realidad se trata de un contrato celebrado a nombre propio, pero sobre la vida de un tercero; se determina allí que el siniestro lo constituirá la muerte de un tercero.

Cabe precisar que en el seguro de vida no es posible la aplicación del artículo 11, porque no se puede contratar por cuenta de otro con o sin la designación de la persona del tercero asegurado. Sería imposible dejar de hacer la designación del tercero asegurado, porque sin ella, no se sabría en qué consistiría el siniestro; así es que no sabría el asegurador ni siquiera cuál era el riesgo cubierto, porque no expresaría el objeto del mismo.

En el seguro de personas tenemos más bien seguro a nombre propio pero sobre la vida ajena.

## 2. LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD EN EL CONTRATO DE SEGURO.

La autonomía de la voluntad referida al ámbito del negocio jurídico se caracteriza por la potestad de autorregulación de las relaciones jurídicas.

Su expresión suprema es el contrato en tanto éste se subordine a los límites que impone el orden coactivo.

De acuerdo con el licenciado Nestor de Buen, varios autores han tratado de conceptualizar este principio:

Borja Soriano sostiene, que la noción de libertad individual se expresa habitualmente diciendo "lo que no está prohibido está permitido", lo que en el dominio del derecho se llama principio de la autonomía de la voluntad.

Gert Kummerov, jurista venezolano, recoge el mismo principio expuesto por Borja Soriano de que el elemento básico de la autonomía de la voluntad, siendo el consentimiento de los sujetos ligados por el contrato, implica el reconocimiento del principio de lógica jurídica de que: "lo que no está jurídicamente prohibido, está jurídicamente permitido" y establece en seguida que los corolarios de ese principio en el derecho civil, pueden resumirse así:

Los individuos son libres para obligarse o para no hacerlo; los individuos son libres para discutir las condiciones del contrato, determinando su contenido, su objeto y sus efectos, con la única limitación del respeto al orden público y las buenas costumbres; los individuos pueden escoger las normas que mejor convengan a sus intereses, rechazar las supletorias y atenerse sólo a las reglas tipo. En principio, ninguna formalidad se establece para la manifestación de la voluntad; ni para la prueba de acuerdo. Las solemnidades son excepcionales. Las mismas partes pueden

determinar los efectos de las obligaciones; si algún conflicto surgiera entre ellas con motivo de una violación de la norma creada, el órgano estatal limitará su misión a descubrir la intención de las partes, aplicando la sanción que las propias partes exijan, sin entrar a examinar si tal situación recibe efectiva realización en lo fáctico; los intereses individuales libremente discutidos, concuerdan con el bien público. <sup>68</sup>

Agrega el autor que, existen límites dentro de los cuales debe jugar la voluntad dentro del contrato, de tal forma que no podría hablarse de libertad cuando esos límites hayan sido violados, por lo que señala:

- a) La voluntad es libre de decidir, en un contrato, respecto de todo aquello que la ley no le prohíbe o le ordena.
- b) Aún cuando no se incluyan, se entenderá que en todo contrato operan, per se, las cláusulas que se refieren a los requisitos esenciales.
- c) Las cláusulas relativas a los elementos naturales de un contrato, se entienden implícitas en el mismo, salvo que expresamente se excluyan.
- d) Las normas relativas al orden público y a las buenas costumbres son inderogables por voluntad de los particulares.
- e) Las consecuencias derivadas de la buena fe, el uso o la ley resultan aplicables en los contratos, por encima de lo que se hubiere pactado.

---

<sup>68</sup> Cfr. DE BUEN, Nestor. La Decadencia del Contrato. 3ª. Porrúa, México. 2000. Págs. 213

f) La cláusula penal nunca podrá exceder en valor o cuantía a la obligación principal.<sup>69</sup>

Las notas anteriores marcan los límites dentro de los que juega la voluntad contractual. Esa libre actuación faculta: para contratar, para no contratar, para determinar las condiciones del contrato, para modificar el contrato y para dar por terminado el contrato. Las dos primeras características corresponden a una voluntad individual, las tres últimas resultan, necesariamente, del mutuo consentimiento.

Sobre el tema el jurista Hans Kelsen apunta: "el contrato de derecho privado, constituye la mayor aproximación posible al caso ideal de la autonomía, por ello que se hable de autonomía privada.

En este sentido, el principio de la autonomía no significa únicamente la identidad de los sujetos contratantes y de los sujetos obligados y autorizados por la norma contractual, sino también la libertad e igualdad de éste en el procedimiento de celebración de la convención."<sup>70</sup>

Esta autonomía de la voluntad, en materia de seguros, se refleja a través de las condiciones generales que rigen el contrato celebrado entre el asegurador y el tomador, el que a pesar de ser un contrato de adhesión no deja de tener las particularidades propias que cada individuo marca al momento de la realización de la oferta y que se refleja en las llamadas condiciones particulares de cada contrato.

<sup>69</sup> Cfr. Ibidem. Pág. 220.

<sup>70</sup> KELSEN, Hans. El Contrato y el Tratado. Colofón. México. 1994. Pág. 113.

Carbonell Puig señala al respecto: "El condicionado general es la parte del contrato más influida por las normas imperativas, en las que se regulan las obligaciones del asegurado y del asegurador por lo que se refiere al efecto del contrato, las causas de anulación, las obligaciones de información, la impugnación, la indisputabilidad, la delimitación genérica de los riesgos cubiertos, la tramitación y liquidación del siniestro, la competencia judicial, etc.

No constituyen el clausulado íntegro del contrato sino que son sólo aquella parte que permanece inmutable para dar uniformidad a todas las operaciones del mismo tipo y ese clausulado general debe completarse con las condiciones particulares, las que se forman previa discusión de muchas de ellas.

En las condiciones particulares, se determinan los datos del tomador, del asegurado, del beneficiario, la descripción, determinación y situación del riesgo, y las cláusulas de exclusión de garantías previstas en las condiciones generales o las de inclusión de garantías no cubiertas por el condicionado general; es decir, son en gran parte las que vienen a determinar la extensión del riesgo que se cubre y sus exclusiones."<sup>71</sup>

De tal manera, que el contrato se conforma no sólo de unas condiciones generales, sino también de las condiciones particulares que vienen a determinar la extensión del riesgo que se cubre y sus exclusiones.

Carlos Ignacio Jaramillo nos dice, mientras que las condiciones generales son redactadas por el asegurador deberá apegarse a lo prescrito por el legislador, de manera que el clausulado sea reflejo de lo normado por el codificador, bien adoptando el contenido imperativo de una disposición, bien moldeando una cláusula de acuerdo con sus deseos, en el supuesto de que la ley así se lo permita, pues en este último caso la autonomía privada prima sobre las normas o disposiciones legales supletorias.

Las condiciones particulares del contrato de seguro, se elaboran de manera individual y específica para cada contrato. En ellas desaparece la idea serial que adjetiva a las condiciones generales del negocio, propias de la contratación en masa, y prevalece el concepto de singularidad, en contraposición al de uniformidad. Se elaboran conjuntamente entre el asegurador y el tomador, ya que son llamadas a dotar de flexibilidad al negocio jurídico.<sup>72</sup>

Además del clausulado mencionado, en ocasiones se encuentran los anexos, también conocidos con el nombre de endosos, apéndices o agregados; son documentos adicionales y accesorios contentivos y exteriorizantes de una o varias declaraciones de voluntad, tendientes a la modificación de la relación asegurativa entablada previamente entre el tomador y el asegurador.

---

<sup>71</sup> CARBONELL PUIG, Jordi. Los Contratos de Seguro de Vida. Bosch, España, 1994. Pág. 162

<sup>72</sup> Cfr. JARAMILLO J., Carlos Ignacio. Estructura de la forma en el Contrato de Seguro. Temis. Bogotá. 1986. Pag. 140.



### 3. Oferta.

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

El contenido de la oferta debe comprender los elementos esenciales del contrato que se pretende concluir como objeto e interés asegurado; clase y duración del seguro; cuantía de las prestaciones del tomador y del asegurador; definición del riesgo, es decir, los datos que con posterioridad serán elementos de la póliza.

De acuerdo con Benítez de Lugo, la propuesta debe expresar:

- 1.- El nombre y apellidos del asegurado;
- 2.- La profesión del asegurado, precisando siempre la clase de profesión y renunciando a las expresiones de comerciante, industrial, etc.;
- 3.- Su residencia;
- 4.- Lugar y fecha de nacimiento;
- 5.- Salud que disfruta o enfermedad que padece;
- 6.- Seguros anteriores en la propia o en otra Compañía;
- 7.- Examen médico que haya sufrido anteriormente y designación del médico que le asiste en sus enfermedades e indisposiciones,
- 8.- Declaración del objeto del seguro cuando se trate de una atribución beneficiaria a título oneroso o de una apertura de crédito, una garantía de deuda, etc." <sup>73</sup>

<sup>73</sup> Cfr. BENITEZ DE LUGO, Luis. Op. Cit. Pág. 52.

Si hay contratante distinto del asegurado, se deberá indicar su nombre y apellido, profesión y residencia. Siempre que haya un contratante será preciso indicar, en la parte reservada a este objeto, qué interés tiene en el seguro, pues las Compañías rechazan siempre las operaciones que tengan por motivo una especulación sobre la vida del asegurado, determinándose el importe de la deuda que se pretende garantizar por medio del seguro.

De acuerdo con Vásquez del Mercado, "la información de la solicitud se puede resumir en: información personal (nombre, domicilio, sexo, fecha de nacimiento, beneficiario, parentesco, etc.); información de su trabajo (nombre de la empresa, domicilio de ésta, ocupación, ingresos mensuales, antigüedad en el trabajo, ingresos adicionales, etc.) e información del plan (tipo de plan de seguro, plazo de seguro, plazo del pago de primas, beneficios adicionales. Forma de pago, otros seguros que se tengan, suma asegurada, etc.)" <sup>74</sup>

Comúnmente la formación del contrato requiere de un procedimiento ya establecido y conocido en la práctica comercial. El contrato de seguro participa de la naturaleza de los contratos de adhesión <sup>75</sup> dado que su contenido no es obra de la creación común de las partes que integran la relación contractual sino que viene predispuesto por el asegurador.

---

<sup>74</sup> Cfr. VASQUEZ DEL MERCADO, Oscar. Op. Cit. Pág. 286

<sup>75</sup> Contrato de adhesión es aquel en que la configuración interna del mismo (reglas de autonomía) es dispuesta anticipadamente sólo por una de las partes de manera que la otra, si es que decide contratar, debe hacerlo sobre la base de aquel contenido. STIGLITZ, Rubén. S. Cláusulas abusivas en el contrato de seguro. Abeledo Perrot. Buenos Aires. 1994. Pag. 33.

El asegurador prepara y redacta las condiciones generales del contrato y toma la iniciativa de invitar al tomador a realizar la propuesta u oferta.

El adherente propone contratar en base a esas condiciones generales predispuestas por el asegurador, y éste se reserva el derecho de aceptarla, en consideración a las condiciones específicas que le son ofrecidas y que delimitan el riesgo.

Así, nos dice el maestro Joaquín Garrigues, "aún cuando la iniciativa para contratar el seguro proviene de la empresa aseguradora, normalmente a través de sus agentes, al momento de perfeccionarse el contrato, es el asegurado quien se convierte en el proponente, de ahí que las normas establezcan la obligación de éste de declarar con veracidad.

Además, el hecho de que el impreso esté redactado por el asegurador no representa jurídicamente una oferta de contrato hecha a persona incierta. La oferta, en puridad, nace del tomador del seguro, mediante la suscripción del impreso que ha de contener todos los elementos esenciales del contrato; así como los datos personales de éste." <sup>76</sup>

Una vez que el proponente hace la oferta queda obligado durante el término de quince días, o el de treinta cuando fuere necesario practicar examen médico, si no se fija un plazo menor para la aceptación, según lo establece el artículo 5° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

---

<sup>76</sup> Cfr. GARRIGUES, Joaquín. Op. Cit. Pág. 272

La oferta suele hacerse utilizando un formulario impreso que facilita la compañía aseguradora, aunque también son válidas otras formas como: carta, telegrama, conversación telefónica o entre presentes.

Los formularios de ofertas, y todos los documentos usados en la contratación del seguro, incluyendo la póliza, deben estar escritos o impresos en caracteres fácilmente legibles, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 24 de la ley de la materia, y concordar fielmente con lo expresado por el contratante; ya que cualquier modificación implicará la oferta de un nuevo contrato; pero si el asegurador en lugar de realizar una contraoferta emite la póliza con modificaciones, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza de conformidad con el artículo 25 de la ley citada.

### 3.1. Formularios

Como ya lo hemos señalado, la circunstancia de que el contrato de seguro sea típicamente un contrato de adhesión, impuso que la oferta adopte la forma de una solicitud o propuesta impresa que provee el asegurador, hecha así para facilitarles la redacción de la misma, y en la que sólo resta llenar claros referentes a las condiciones particulares del contrato específico de que se trata.

El asegurado deberá contestar a las preguntas que contiene la propuesta, llenando las casillas de su puño y letra y deberá firmarla.

De acuerdo con el artículo 8° del multicitado ordenamiento, "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".

Dichas declaraciones serán la base para medir con precisión el riesgo que se pretende amparar y determinar la prima necesaria; así como para la emisión final de la póliza.

En los seguros de vida, estas declaraciones se refieren al estado de salud, a la profesión y a las actividades que realiza la persona sin olvidar el dato fundamental de la fecha de nacimiento.

Sin embargo, la complejidad del cuestionario es variable, algunas empresas se limitan, por ejemplo a inquirir sobre el estado actual de salud y si no presenta síntomas de enfermedad entre otras cosas, mientras otras aseguradoras emplean un cuestionario más detallado en lo que se refiere a las ocupaciones, consumo de bebidas alcohólicas, órganos enfermos y enfermedades, análisis de sangre, accidentes, intervenciones quirúrgicas, antecedentes de familia, etc.

En el seguro sobre la vida, corrientemente el cuestionario es minucioso. El asegurado debe contestarlo sin entrar a juzgar su valor. El asegurador completa este informe con otro que recibe de su agente, sobre la reputación, medios de vida,

conducta del asegurado, estado aparente de salud, etc. y con la revisión médica.

El cuestionario favorece tanto al asegurador como al asegurado, favorece al primero porque le permite llamar la atención del asegurado sobre las circunstancias que influyan en la determinación del riesgo, sobretodo de las más especiales; y favorece al asegurado porque le sirve de guía en las noticias que comunica a la compañía, y lo define en contra del peligro y el temor de no cumplir nunca del todo su deber de información.

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

De acuerdo con la jurisprudencia, las compañías aseguradoras deben actuar de buena fe procurando que sus cuestionarios no contengan preguntas insidiosas, entendiéndose por tales, no solamente las que se dirigen a ofuscar la inteligencia del que ha de responder, con objeto de inducirlo a error y obtener una confesión contraria a la verdad, sino también aquellas que impliquen un hecho que ninguna relación tiene con lo que es materia del cuestionario respectivo o que impliquen un hecho complejo, compuesto de dos o más hechos ajenos al cuestionario, y que se formulan no con el fin de obtener la verdad que se busca, sino con el deliberado propósito de hacer incurrir en omisión, falsa o inexacta declaración al solicitante. Esto en atención a que, por regla general los cuestionarios de las compañías aseguradoras se refieren a hechos propios del solicitante, y por lo tanto, las preguntas como las contestaciones deben

regirse, en su apreciación por los Tribunales, en caso de conflicto, conforme a las reglas de la confesión.<sup>77</sup>

El artículo 7 del ordenamiento mencionado, establece que: "las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de oferta 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 60. de la presente ley".

La violación al deber de información que se impone al contratante de un seguro facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aún cuando no hayan influido en la realización del siniestro, establece el artículo 47 de la propia ley.

### 3.2. Agente de Seguros

Las empresas de seguros para obtener contratos recurren normalmente al concurso de los agentes o productores.

Hemos visto que si bien jurídicamente es el asegurado quien formula la oferta de seguro, el agente es quien provoca

---

<sup>77</sup> Semanario Judicial de la Federación. Séptima Época. Tercera Sala, Amparo Directo 4912/72. La Nacional, Compañía de Seguros, S.A., noviembre 6 de 1974. Unanimidad de cuatro votos. Ponente Mtro. Ernesto Solís López. Rubro: "SEGUROS, CONTRATO DE. REQUISITOS PARA LOS CUESTIONARIOS DE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS."

esa oferta, produce el negocio, es decir el agente es quien media la celebración del contrato de seguro.

El licenciado Sánchez Flores señala: "Se consideran agentes de seguros las personas físicas o morales que intervengan en la contratación de seguros mediante el intercambio de propuestas y aceptaciones, y en el asesoramiento para celebrarlos, para conservarlos o modificarlos, según la mejor conveniencia de los contratantes.

Para el ejercicio de la actividad de agente de seguros, se requerirá autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, quien la otorgará o negará discrecionalmente y que, previa audiencia de la parte interesada podrá suspender hasta por dos años o revocar, además de aplicar amonestaciones y multas a dichos agentes."<sup>78</sup>

Las facultades del agente se extienden a todos los actos del negocio, de hecho están autorizados para celebrar los contratos, son quienes reciben las ofertas, inclusive tienen facultad para rechazar las declaraciones escritas de los proponentes, cobrar las primas vencidas, extender recibos, así como proceder a la comprobación de los siniestros que se realicen, señala el artículo 14 de la ley de la materia.

Además, "respecto al asegurado, se reputará que el agente podrá realizar todos los actos que por costumbre constituyan las funciones de un agente de su categoría y los

---

<sup>78</sup> SÁNCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 922



que de hecho efectúe habitualmente con autorización de la empresa." (Artículo 15 de la Ley de la materia).

"En todo caso, el agente necesitará autorización especial para modificar las condiciones generales de las pólizas, ya sea en provecho o en perjuicio del asegurado." (Artículo 16 de la citada Ley).

### 3.3. Examen médico

El seguro de vida puede admitirse con previo examen médico o sin él, las empresas aseguradoras de acuerdo con su experiencia particular y su política de selección y aceptación de riesgos, determinarán la necesidad de practicarlo o no, generalmente los seguros sin previo examen médico sólo proceden hasta cierta edad y sumas limitadas, o bien cuando se trata de seguros de grupo, de acuerdo con los artículos 190 y 191 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que dicen:

"Artículo 190.- 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 191.- En el seguro de grupo o empresa, el asegurador se obliga por la muerte o la duración de la vida de una persona determinada, en razón simplemente de pertenecer al mismo grupo o empresa, mediante el pago de primas periódicas, sin necesidad de examen médico obligatorio."

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El examen médico variará dependiendo de la compañía aseguradora y de la suma asegurada que se esté contratando; puede ser una simple revisión médica, que incluye preguntas más específicas que las del cuestionario, sobre el estado de salud de la persona y tratamientos recibidos; o bien cuando se trata de seguros cuyas suma asegurada es muy alta, puede llegarse a practicar incluso, análisis clínicos a los solicitantes.

En muchas ocasiones con la realización del examen médico, el asegurado cree que su deber de información queda relevado por la examinación de que ha sido objeto, cuando en realidad, la circunstancia de que preceda examen médico no libera al proponente de actuar con absoluta sinceridad y buena fe y no exonera al asegurado de la obligación de declarar todas las circunstancias que puedan influir en el riesgo, por lo que, debe ser confrontado con lo declarado por el solicitante en el cuestionario, ya que esto puede arrojar datos que demuestren una omisión o falsa declaración.

Aunque el examen médico es un medio para que la empresa aseguradora conozca o deba conocer los hechos omitidos o inexactamente declarados, de ninguna manera puede aceptarse que a través de dicho examen, la aseguradora necesariamente deba conocerlos, pues con este criterio se estaría obligando a la compañía a depender de la solvencia científica y moral de los médicos encargados de practicar el examen y aún a creer que sería imposible que el médico cayera en un error y considerara el riesgo como aceptable cuando no lo es.

El examen médico junto con la solicitud, se convierten en la base que tomará la compañía de seguros para decidir la aceptación de la oferta y los términos en que ésta se dará, que puede ser total o parcial, esta última cuando la aseguradora detecte ciertos padecimientos que por sus características propias, decide no aceptar y realizar las exclusiones pertinentes.

Es decir el examen médico es un elemento de análisis para la aceptación de la propuesta de seguro e incluso para delimitar la cobertura que se dará.

En cuanto al alcance que tiene como medio de prueba, podemos decir que se trata de un dictamen rendido fuera de juicio, por lo que resulta no ser una prueba contundente.

En el caso del seguro sobre vida ajena, la persona de cuya vida se trata es la que deberá someterse al examen médico y contestar el cuestionario incluido en la propuesta. Ahora bien, si el seguro se contrata sin noticia ni consentimiento de la persona cuya vida es asegurada, lógicamente que será el contratante quien deberá llenar y firmar la propuesta y cumplir con la carga de información.

#### 3.4. Facultades de investigación de la aseguradora.

Un punto importante en el contrato de seguro de vida es la información que el asegurado proporciona a la compañía de seguros, que como hemos analizado, se obtiene a través del cuestionario; en el cual se advierte al asegurado que las

declaraciones que haga son la base de la póliza y que el hecho de ocultar datos intencionalmente puede incluso comportar la rescisión del contrato. A la vez también se le pide la autorización para que la compañía pueda investigar con los médicos o instituciones médicas que lo atienden normalmente, el estado de salud o posibles tratamientos de que ha sido objeto.

Esta autorización es la base para que la compañía pueda realizar todas las investigaciones necesarias, a fin de comprobar lo dicho por el solicitante.

Esto, porque al decidir sobre la aceptación de un riesgo, el asegurador confía en parte en la información que le ha sido facilitada por el proponente. En consecuencia, la compañía tiene pleno derecho a obtener toda la información que pueda influir en su decisión sobre la aceptación o rehusé de un riesgo determinado. Este principio es sobretodo válido en un contrato tan aleatorio como el seguro de vida. El proponente debe actuar con buena fe, y si la información facilitada es falsa o incompleta, el asegurador puede rescindir o cancelar el contrato. De este modo, tanto si el proponente no manifiesta toda la información pertinente, como si hace declaraciones falsas, el contrato puede ser rescindido por el asegurador.

Al respecto el jurista Huebner Kennet, nos dice: "La ocultación de una de las partes de hechos esenciales pueden convertir el riesgo en otro muy diferente al que se pretendía cubrir. Por consiguiente, la validez de la póliza depende de la información plena sobre cualquier dato sustancial exigida a las partes. La prueba de que un hecho no manifestado sea o

no sustancial la hemos de buscar en la circunstancia de si su conocimiento por la compañía habría o no influido en la aceptación o rehusé del riesgo, o bien si habría sido motivo suficiente para un aumento de la prima. Que el hecho sea o no sustancial y que debiera ser declarado son problemas que, por regla general, quedan confiados a la decisión de los jurados."<sup>79</sup>

### 3.5. Falsas o inexactas declaraciones.

No sólo la ley sino la doctrina, está acorde en que el asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes deben de manifestarse con verdad en todos los actos relacionados con la póliza de seguro.

De acuerdo con el jurista Juan Carlos Morandi: "El tomador o asegurado incurre en omisiones o inexactas declaraciones cuando no dice todo lo que sabe sobre el riesgo, o lo hace de manera imprecisa, pero para que esas circunstancias produzcan efectos negativos sobre el contrato, es necesario que la reticencia o la falsa declaración se refiera a hechos conocidos por el proponente del seguro, sin importar que tal cosa suceda aún de buena fe, y que se trate de aspectos que sean influyentes sobre el riesgo."<sup>80</sup>

La falsa declaración al solicitar el seguro o al dar respuesta al interrogatorio o examen médico, hace desvirtuar la naturaleza del riesgo de tal forma que la compañía aseguradora no lo llega a conocer con toda precisión, y en

<sup>79</sup> SS. HUEBNER KENNET, Blacke Jr. El Seguro de Vida, Mapfre, España. 1976. Pág. 229.

<sup>80</sup> MORANDI, Juan Carlos F. Seguros, Astrea, Buenos Aires, 1998. Pág. 19.

consecuencia le hace incurrir en error al celebrar un contrato diferente de aquél, ya que de haber conocido con exactitud el riesgo, no lo hubiera celebrado, o lo hubiera hecho en forma diferente, además de que hace que el monto de la prima sea fijada incorrectamente en perjuicio de la compañía aseguradora y en último de los casos posiblemente de los demás asegurados, por el hecho de tener menos utilidades y en consecuencia el reparto sea menor para quienes tienen en su póliza contratado este beneficio.

"Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos que el solicitante está obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, conforme al cuestionario relativo, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro", de acuerdo con el artículo 47 de la ley de la materia.

"La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado la rescisión del contrato, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que el mismo asegurador conozca la omisión o inexacta declaración". (Artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

De lo anterior se desprende que la Ley Sobre el Contrato de Seguro, prevé la posibilidad de que un contrato afectado de nulidad por vicios del consentimiento pueda ser rescindido en vez de anulado; cuando la rescisión supone la existencia de un contrato válido, que ha sido afectado durante su existencia por un vicio que no lo invalidaba en el momento de su consumación.

Los Tribunales del Poder Judicial de la Federación han resuelto esta cuestión a través de la jurisprudencia señalando "... la ley quiere que ambos contratantes se coloquen en un plano de igualdad en el momento de celebrar el contrato, exige al asegurado buena fe al declarar a la empresa aseguradora los hechos sobre los que ésta le pregunte, porque por estas declaraciones podrá la empresa conocer y evaluar las circunstancias influyentes del riesgo que va a asumir, y que de ordinario no puede verificar por sí misma; de modo que si éste con informaciones inexactas o incompletas le hace asumir un riesgo diferente al verdadero, y tal que, conociendo la verdad no lo hubiera asumido o no lo hubiera hecho en las mismas condiciones, hace que la obligación de la aseguradora sea ineficaz desde su origen, ya que la falsa o incompleta declaración sobre los hechos importantes para apreciar el riesgo, no sólo vicia el consentimiento de la aseguradora, afectando de nulidad al contrato, sino que además, trasciende al objeto del mismo, haciendo al contrato ineficaz y, por consiguiente, rescindible."<sup>81</sup>

Sin embargo aunque, la ley señala la rescisión de pleno derecho del contrato, no hay nada que impida que pueda acudir al Código Civil para invocar la nulidad por los vicios del consentimiento que puedan existir en la celebración del contrato de seguro y que no estén perfectamente determinados en la ley, más aún cuando la actitud dolosa del contratante provoca que la aseguradora tenga una equivocada apreciación del riesgo que está

---

<sup>81</sup> Semanario Judicial de la Federación. Séptima Época. Tercera Sala, Volumen 71, Cuarta Parte. Pág. 39. Rubro: "SEGURO. CONTRATO DE. DEBE EXISTIR BUENA FE EN LAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO."

asegurando, puede invocar la nulidad y aplicarse supletoriamente el Código Civil del Distrito Federal.

Sobre el tema la Ley Sobre el Contrato de Seguro en su artículo 49 expone: "Cuando el contrato de seguro comprenda varias cosas o varias personas y la omisión o inexacta declaración no se refieran sino a algunas de esas cosas o de esas personas, el seguro quedará en vigor para las otras, si se comprueba que la empresa aseguradora las habría asegurado solas en las mismas condiciones."

"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

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos." (Artículo 50 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

### 3.6. Padecimientos preexistentes.

El licenciado Martínez Gil indica: "En los seguros de personas se entiende por preexistencia, cuando un hecho o acto ha existido con anterioridad a la vigencia del contrato, y que por su propia naturaleza hace que el contrato no tenga aplicación, por ejemplo, cuando se omite informar a la compañía aseguradora que con anterioridad a la fecha en que se solicitó el seguro se ha padecido de una enfermedad." <sup>82</sup>

Para que exista la preexistencia tratándose de casos de enfermedad, es necesario el conocimiento por el asegurado o por su representante, de que padecía esa enfermedad, y que el solicitante del seguro omitió declarar o declaró inexactamente, los hechos que conocía o debiera conocer, en relación a esas enfermedades.

De acuerdo con el autor Martínez Gil, el solicitante puede tener conocimiento de la preexistencia de la enfermedad, por dos vías: directa o indirecta.

Directa, cuando el propio facultativo le dice la enfermedad que padece y el tratamiento a seguir, o bien, que sin decirle el nombre de la enfermedad se le da un determinado tratamiento. Asimismo, es en forma directa, cuando el propio solicitante por el tipo de padecimiento o

<sup>82</sup> MARTINEZ GIL, José de Jesús. Op. Cit. Pag. 234

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

molestias que padece, no puede ignorar que esté enfermo, independientemente de que tenga conocimiento o no del nombre de la enfermedad, ya que esto último no es indispensable para considerar si existe una enfermedad preexistente o no.

Indirecto, por los síntomas que se presentan y por experiencia ajena, que puede llegar a la conclusión de parte del solicitante, de que se encuentra enfermo y tiene tal o cual enfermedad.

Se pretende que por el hecho de ignorar el nombre de la enfermedad y no manifestarla a la compañía aseguradora, no se incurre en omisiones o inexactas declaraciones, lo cual es un error, pues como ya se ha señalado no importa el nombre de la enfermedad, sino que se declaren los malestares o padecimientos o tratamientos que ha tenido el solicitante.<sup>83</sup>

#### 4. Aceptación.

La oferta o propuesta aún cuando obliga al proponente en los términos que hemos indicado, no es suficiente para que se produzca el perfeccionamiento del contrato, debe ineludiblemente concurrir la aceptación.

Para el jurista Vásquez del Mercado: "La aceptación es la manifestación de voluntad de concluir el contrato propuesto por el oferente y debe coincidir con el contenido de la oferta."<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> Cfr. Idem.

<sup>84</sup> VASQUEZ DEL MERCADO, Oscar. Op. Cit. Pág. 287

El asegurador no está constreñido a solemnidad alguna para manifestar su conformidad con la oferta, lo cual equivale a afirmar que, en cuanto a la aceptación, rige absoluta libertad de formas, que usualmente, adopta la forma escrita y consiste en la emisión de la póliza.

De conformidad con el artículo 5 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: "Las ofertas de celebración, prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato suspendido, obligarán al proponente durante el término de quince días, o el de treinta cuando fuere necesario practicar examen médico, si no se fija un plazo menor para la aceptación".

A pesar de que la ley no establezca un plazo para que el asegurador acepte la oferta, de conformidad con el artículo 6 del citado ordenamiento, "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 la recepción de la oferta, pero sujetas a la condición suspensiva de la aprobación de la Secretaría de Hacienda.

La disposición contenida en este artículo no es aplicable a las ofertas de aumentar la suma asegurada y en ningún caso al seguro de personas".

Sobre el tema Rubén Stiglitz explica: "Corrientemente el destinatario de una propuesta puede reaccionar de distintas maneras:

a) Guardar silencio

- b) Responder rechazándola
- c) Responder modificando los términos de la oferta
- d) Contestar aceptándola

El silencio por no constituir manifestación de voluntad, importará rechazo de la propuesta desde que faltaría la manifestación de voluntad dirigida a lograr el consentimiento.”<sup>85</sup>

El consentimiento del asegurador debe darlo persona autorizada y referirse a todos y cada uno de los puntos o elementos de la propuesta, es decir la aceptación debe ser lisa y llana pues cualquier modificación importa la propuesta de un nuevo contrato.

El artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, prevé esta situación y dice que “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 contrato de seguro se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta...” de conformidad con el artículo 21, fracción I de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

---

<sup>85</sup> STIGLITZ, Rubén, S. Derecho de Seguros. Tomo I. 2°. Abeledo Perrot. Buenos Aires. 1998. Pág. 289

De acuerdo con el licenciado Ruiz Rueda, el proponente puede llegar a tener conocimiento de la aceptación por distintos medios:

- a) Comunicación verbal directa del aceptante al proponente, en caso de contrato celebrado entre presentes, en el cual debe quedar comprendido el de la aceptación telefónica (artículo 1805 del Código Civil para el Distrito Federal). Esta hipótesis se da con mucha frecuencia en el seguro de transportes.
- b) Comunicación del aceptante por conducto de un intermediario, quien tiene simplemente el papel de mensajero o nuncio. Esto ocurre generalmente cuando el agente de seguros se encarga del desempeño de esa comisión.
- c) Comunicación escrita que puede consistir en la póliza misma, en una cubierta provisional o en una simple carta que se entrega antes de la póliza. Esta hipótesis corresponde propiamente al contrato que se celebra entre ausentes, caso en el cual no rige el sistema del artículo 80 del Código de Comercio, sino el de la información o del conocimiento.
- d) El contrato de seguro es generalmente celebrado por correspondencia, no porque las partes se encuentren en lugares diferentes y con dificultad de comunicarse personalmente, sino por la necesidad de la empresa aseguradora de recabar la información relativa a las circunstancias y los hechos importantes para la apreciación del riesgo.<sup>86</sup>

---

<sup>86</sup> Cfr. RUIZ RUEDA, Luis. Op. Cit Pág. 95.

### CAPITULO III.

#### LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD.

El tema central de este trabajo, es precisamente, la cláusula de indisputabilidad y en este apartado se pretende abordar distintos aspectos de la misma a fin de comprender su funcionamiento y la aplicación que en la práctica se da a esta figura del derecho de seguros.

La cláusula de indisputabilidad como detenidamente analizaremos, implica la renuncia por parte de la aseguradora a ejercer su derecho de rescindir el contrato por omisiones o falsas declaraciones, es decir, constriñe a la compañía aseguradora a no invocar causas de rescisión del contrato fundadas en las informaciones que proporcionó el solicitante de la cobertura.

Los antecedentes históricos que sobre el tema se han dado se muestran a continuación.

#### 1. ANTECEDENTES Y MOTIVOS DE LA CLÁUSULA DE INDISPUTABILIDAD.

Al tratar de las condiciones históricas en que se ha venido desarrollando el seguro de vida en su etapa contemporánea, y de los problemas opuestos a su propagación, nos referimos ya a la cláusula de indisputabilidad, como uno de los principales recursos a que acudieron los aseguradores para disipar la desconfianza entre el público respecto de la

falta de certeza jurídica del contrato y al pago de la suma asegurada.

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

Con referencia a la validez del contrato solía plantear frecuentes conflictos el consentimiento del emisor, que de acuerdo con las reglas generales de las obligaciones, para ser jurídicamente eficaz no podía fundarse en un error ni ser obtenido por dolo.

En el contrato de seguros, es de particular importancia que la voluntad del asegurador no esté afectada por algunos de tales vicios, ya que las circunstancias en que se celebran los contratos hacen que, normalmente, el asegurador no tenga otra fuente de conocimiento sobre las modalidades del riesgo que asume, y del objeto asegurado, que las informaciones que sobre tales extremos le suministra el contratante a través del cuestionario respectivo. De modo que si en las declaraciones de éste existen inexactitudes o falsedades, el consentimiento del asegurador no tiene eficacia suficiente para formar el contrato, en cuanto reposa en un error o dolo.

Al respecto Mantilla Molina señala: "Muchos contratos de seguros sobre la vida fueron declarados nulos, al descubrirse con posterioridad a su celebración, que las declaraciones del solicitante, no se ajustaban de modo estricto a la verdad

ya fuera deliberadamente o por simple descuido o ignorancia. Y esto aún cuando la circunstancia omitida, o declarada inexactamente, no hubiese tenido influencia sobre la realización del siniestro.

Es natural que la posibilidad de que fuese declarada nula la póliza por un hecho que había pasado inadvertido al solicitante, aunque ajustada vigorosamente a derecho, y a la técnica de la institución, venía a introducir un elemento de incertidumbre y de temor entre los asegurados de buena fe, con mengua de la difusión del seguro.<sup>87</sup>

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

Es así como muchas compañías, primero, probablemente, las que funcionaban en países anglosajones y germánicos, introdujeron en sus pólizas la llamada cláusula de indisputabilidad, en virtud de la cual los aseguradores renunciaban a impugnar la validez de las pólizas que emitían. Dichas cláusulas fueron rápidamente adoptadas por las pólizas

---

<sup>87</sup> MANTILLA MOLINA, Roberto. La cláusula de indisputabilidad. Revista de la Escuela Nacional de Jurisprudencia. Tomo III. Número 32. Oct-Dic. UNAM. México. 1946. Pág. 95.



latinas, aunque al parecer, en Francia, y sobre todo en España, su uso no ha llegado a ser general.

De acuerdo con Mehr y Osler, los orígenes de esta cláusula se remontan a fines del siglo XIX entre las empresas aseguradoras de los Estados Unidos de Norteamérica, la llamaron *incontestable clause* al parecer en el año de 1860 extendiéndose en numerosos países posteriormente.<sup>88</sup>

El jurista Mantilla Molina expone que: "En 1872 en Ohio, se había declarado inadmisibile la excepción de nulidad de una póliza por la cual se hubieran pagado tres primas anuales, si se fundaba en errores o inexactas declaraciones, excepto las referentes a la edad y en caso de dolo. La primera ley que hizo obligatoria la cláusula se dictó en Nueva York, en 1906 y a partir de entonces la mayor parte de los Estados de la Unión Americana dictaron leyes que la hicieron obligatoria en una u otra forma, y en la actualidad rige en más de 30 Estados de la Unión.

Otro tanto ocurrió en Alemania con la ley de 30 de mayo de 1908 donde la indisputabilidad, fue consagrada como norma imperativa, pero sólo después de diez años de estar en vigor la póliza.

La ley francesa de 13 de julio de 1930, nada dispone sobre la indisputabilidad de las pólizas, sin embargo, el proyecto elaborado por Mossa en 1931 declara indisputables las pólizas de vida que hubieran estado en vigor un año, salvo el caso de dolo."<sup>89</sup>

<sup>88</sup> Cfr. MEHR Y OSLER, Modern Life Insurance, Mac Millan, New York, 1949 Pág.159

<sup>89</sup> MANTILLA MOLINA, Roberto. Op. Cit. Pág. 96

Mantilla Molina en su obra, menciona que el texto, que al final del siglo pasado incluían en sus condiciones generales de las pólizas, algunas empresas francesas tales como La Generale, La Nationale, Le Phenik y L'Union, señalaba:

'...I. Disposición Fundamental.

Artículo Primero.- Las declaraciones, sea del contratante, sea del tercero asegurado, sirven de base al presente contrato. Toda reticencia, toda falsa declaración que disminuyera la apreciación del riesgo o que cambiaran al sujeto, anulan el seguro y en ese caso, las primas pagadas resultarán adquiridas por la compañía.

En todo caso, después de cinco años completos transcurridos desde la suscripción del seguro, las disposiciones del párrafo precedente no podrán ser invocadas por la Compañía'.<sup>90</sup>

Mantilla Molina continúa exponiendo que: "El Código Italiano de 1941, al regular el contrato de seguro, considera causa de nulidad del contrato las declaraciones inexactas y las reticencias en caso de que el contratante hubiera obrado con dolo o con culpa grave (art. 1892). Si no concurren estas circunstancias, el asegurador puede rescindir el contrato; pero si el siniestro ocurre antes de que se haya declarado el propósito de rescindirlo, las reticencias o inexactas declaraciones sólo tendrán como efecto reducir la suma asegurada en proporción a la diferencia entre la prima

---

<sup>90</sup> Cfr. Ibidem. Pág. 97

convenida y la que se habría aplicado si se hubiera conocido la situación real.

El término "indisputable" o "incontestable" idóneo quizá para inspirar confianza en el contrato, dio motivo a las confusiones que, principalmente en los Estados Unidos por la frecuencia de las cuestiones litigiosas que suscitaron, hicieron necesaria la aclaración debida por las cortes que produjeron jurisprudencia de relevante interés." <sup>91</sup>

No obstante la unidad esencial de la cláusula de indisputabilidad, en la práctica se ha manifestado en muy diversas formas.

Diversos autores han realizado conceptos que tratan de definir la cláusula de indisputabilidad y su funcionamiento, entre los que encontramos los siguientes:

Para Juan Carlos F. Morandi: "la cláusula de indisputabilidad es un pacto cuya virtud renuncia el asegurador a invocar los vicios de que pudiera adolecer su consentimiento a causa de declaraciones irregulares del asegurado respecto del riesgo.

Responde al criterio de que el transcurso del plazo estipulado demuestra la bondad del riesgo, por lo que cabe presumir que las declaraciones defectuosas del asegurado no persiguen ocultar maliciosamente circunstancias agravantes, sino obedecían a negligencia excusable." <sup>92</sup>

---

<sup>91</sup> Ibidem. Pág. 98

<sup>92</sup> MORANDI, Juan Carlos F. Op. Cit. Pág. 18.

Para Martínez Gil, "es la circunstancia que con carácter específico se presenta en las pólizas de seguros de vida, en virtud de la cual, pueden perjudicar al asegurado las omisiones o inexactas declaraciones, en que haya incurrido al efectuar la solicitud del seguro o al dar respuesta al cuestionario o interrogatorio médico. Si al producirse el siniestro, se demuestra que hubo tales omisiones o inexactas declaraciones, la compañía aseguradora puede rescindir el contrato de seguro, sin ninguna responsabilidad para ella, de acuerdo con los artículos 7, 8, 9 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, siempre y cuando sea el siniestro dentro de los dos primeros años de la vigencia de la póliza." <sup>93</sup>

De acuerdo con SS. Huebner Kennet, la cláusula de indisputabilidad en el contrato de seguro de vida, seguro de accidentes y seguro de enfermedad establece que el asegurador no puede disputar la póliza fundándose en falsa declaración, después del transcurso de un determinado período de tiempo, como puedan ser uno o dos años.

Por ella, la compañía viene a obligarse a efectuar todas las investigaciones precisas de la buena fe y de las demás circunstancias que rodearon al contrato antes del término estipulado en la cláusula. Además la compañía se compromete a no oponerse al pago del siniestro cuando la infracción del contrato ha sido conocida después del plazo especificado, o bien, en caso de haber sido conocida dentro del plazo, cuando la compañía no tomó en su día medidas para la rescisión del contrato. No obstante se entiende que por esta cláusula no se hace renuncia a las acciones procesales, y las condiciones

---

<sup>93</sup> MARTINEZ GIL José de Jesús. Op. Cit. Pág. 160

contenidas en el contrato han de ser satisfechas por el reclamante fallecido del asegurado.<sup>94</sup>

Desde nuestro punto de vista, podemos decir que la cláusula de indisputabilidad es una renuncia por parte de la aseguradora, después de transcurrido determinado lapso de tiempo, normalmente de dos años, a hacer valer el derecho de rescindir el contrato, por omisiones o falsas declaraciones del contratante.

La Ley Sobre el Contrato de Seguros, no regula de manera expresa dicha cláusula y sólo menciona en su artículo 50, fracción IV, lo siguiente:

"Artículo 50.- A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

I.-...

IV.- Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa; ..."

Sin embargo creemos que es necesaria una regulación más detallada de la misma, con la finalidad de evitar los problemas que en la práctica se presentan en relación con su aplicación.

---

<sup>94</sup> Cfr. SS. HUEBNER KENNET, Blacke Jr. Op. Cit. Pág. 159.

## 2. RENUNCIA DE DERECHOS.

En un sentido gramatical, el vocablo "renuncia", significa dimisión o dejación voluntaria de una cosa que se posee, o del derecho a ella.

Este concepto gramatical, al llevarse al campo del Derecho, brinda una forma de extinguir obligaciones, y en general todo tipo de derechos patrimoniales.

De acuerdo con Gutiérrez y González "por renuncia de derechos se puede entender el acto unilateral de dimisión o dejación voluntaria de un derecho de índole patrimonial".<sup>95</sup>

El Código Civil para el Distrito Federal, determina en su artículo 2209 que: "cualquiera puede renunciar su derecho y remitir, en todo o en parte, las prestaciones que le son debidas, excepto en aquellos casos en que la ley lo prohíbe".

Así, para que opere la renuncia se precisa:

a) Capacidad del que la realiza.

Toda vez que se trata de una conducta que implica la pérdida voluntaria de un derecho de índole patrimonial, real, personal, o cualquiera otro, se está en presencia de un acto de dominio o de disposición, y de ahí que solamente pueda llevarla a cabo las personas con plena capacidad de goce y de ejercicio.

---

<sup>95</sup> Idem.

b) Que el derecho al cual se pretende renunciar, sea renunciante conforme a la ley.

No todos los derechos que confiere la ley son susceptibles de renunciarse, y por lo mismo, no basta la sola capacidad para ello, sino que teniéndose ésta, sólo se puede hacer respecto de aquellos derechos que la ley no estime irrenunciables.<sup>96</sup>

La regla en consecuencia, es que se pueden renunciar todos los derechos, excepción hecha de los que la ley prohíbe de manera expresa, como el derecho a recibir alimentos, de acuerdo con el artículo 321 del Código Civil para el Distrito Federal.

La renuncia puede hacerse con relación a una persona determinada, o sin consideración de persona alguna.

En derecho mexicano se trata de un acto de naturaleza unilateral, que no precisa de la aceptación de ninguna persona para operar o funcionar.

En el derecho de seguros encontramos la presencia de esta figura, precisamente en la llamada cláusula de indisputabilidad, a través de la cual, la empresa aseguradora de manera unilateral decide renunciar al derecho de rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones del contratante, una vez que ha transcurrido un determinado lapso.

---

<sup>96</sup> Cfr. *Ibidem*. Pág. 858.

Es preciso destacar que la renuncia que realiza la empresa de seguros debe referirse exclusivamente a la rescisión y por ningún motivo a la nulidad, ya que esto se encuentra prohibido por el Código Civil para el Distrito Federal, de conformidad con el artículo 1822 y no podría considerarse como una renuncia válida de acuerdo a lo manifestado párrafos arriba.

### 3. OBJETIVOS Y PLAZO.

Para entender la presencia de la cláusula de indisputabilidad en los contratos de seguro de vida, es necesario tener presente que debe estar basado en la buena fe, principio que obliga a las partes a actuar entre sí con la máxima honradez e impone al asegurado el deber de declarar exactamente todas las circunstancias que puedan influir en la apreciación de los riesgos; a fin de que la compañía aseguradora tenga la información suficiente que le permita decidir sobre la aceptación o rechazo de los mismos, sobre todo porque la compañía no está en condiciones de establecer por sus propios medios y por más grande que sea la diligencia aplicada, los elementos de hecho que le permitirían apreciar el riesgo.

Así, la inserción de la cláusula de indisputabilidad viene a reafirmar esa buena fe en la que reposa el contrato de seguro, y le da incluso a la compañía un tiempo prudente para que pueda cerciorarse de que la información que le fue proporcionada es cierta, pero también le brinda a los asegurados la certeza de que después de transcurrido dicho lapso su póliza se volverá inobjetable.



El maestro Benítez de Lugo señala "el fin de la cláusula de indisputabilidad es proteger al beneficiario de una póliza de seguro de vida contra cualquier pleito entablado para invalidarla cuando en la póliza se produce un siniestro después de extendida." <sup>97</sup>

La razón de dicha cláusula se encuentra en el carácter del contrato de seguro de vida. El contrato está basado en información suministrada por el asegurado, y no es deseable que la obligación de la compañía a pagar, sea disputada después de que el asegurado muera, cuando puede que sea difícil tanto probar como dejar de probar la verdad de las manifestaciones hechas muchos años antes, por lo que en ausencia de fraude es deseable que el pago esté asegurado, y esta cláusula es, quizá, necesaria para asegurar la confianza del público en la institución del seguro de vida.

Así, si se descubre que el asegurado mintió acerca del estado de su salud en el momento de solicitar el seguro de vida, pero esta falsa declaración no es descubierta hasta después de vencer la cláusula de indisputabilidad, el asegurador no puede cancelar el contrato o rehusar el pago de la póliza en caso de que el asegurado muera por una causa no excluida según los enunciados básicos de la póliza.

Esta cláusula sirve entonces, como límite temporal durante el cual, el asegurador puede descubrir cualquier fraude o falsa declaración en la solicitud o verse

---

<sup>97</sup> BENITEZ DE LUGO, Luis. Op. Cit. Pág. 93.

posteriormente impedido de hacer valer lo que de otra forma sería su derecho legal.

De acuerdo con el autor Grecke Mark, "la justificación legal de la presencia de esta cláusula en el seguro de vida se encuentra en el deseo de proteger a los beneficiarios de las demandas dudosas de un asegurador que alega falsas declaraciones del difunto, de lo cual es imposible que pueda defenderse."<sup>98</sup>

De acuerdo con Huebner Kennet "desde el punto de vista del asegurado y del beneficiario, la cláusula elimina el temor a un pleito, sobre todo en un momento (el fallecimiento del asegurado) en que el beneficiario tropezaría con graves dificultades para contestar a las alegaciones de la aseguradora por violación del contrato. Además si las pólizas pudieran ser impugnadas a la muerte del asegurado, la contienda tendría que ser solventada en los tribunales, provocando unas demoras que perjudicarían a los beneficiarios, necesitados de una rápida liquidación.

Y desde el punto de vista del asegurador permite el aumento de su negocio garantizando a los que dudan de la utilidad del seguro que ni ellos ni sus familias serán molestados después de un cierto tiempo con pleitos en los que las pruebas de la transacción primitiva quedan muy lejanas, o son de difícil memoria, en un momento en que tal vez, ha fallecido quien mejor conocía los hechos."<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> GRECKE, Mark. Riesgo y Seguro. 3ª. Mapfre, España. 1979. Pág. 185-187

<sup>99</sup> SS. HUEBNER KENNET, Blacke Jr. Op. Cit. Pág. 235

Pero es preciso aclarar que la cláusula de indisputabilidad es válida, no para la protección de la conducta dolosa, sino para aquella derivada de la buena fe de las partes y que se da sin la intención de obtener algún beneficio, simplemente omitiendo o falseando ciertas declaraciones, y será válida en el sentido de poner un término a las posibles molestias derivadas de la impugnación que la compañía pudiera realizar cuando el tiempo que la ley le otorgaba para hacer las investigaciones necesarias sobre dicha información ha fenecido.

Es decir con esta cláusula le otorga a la compañía determinado lapso para que realice todas las averiguaciones necesarias a fin de corroborar la información que le ha sido proporcionada, aún cuando en la práctica esto difícilmente se realice, por el elevado costo que implicaría para las compañías, haciéndolo sólo cuando se presentan reclamaciones dudosas o de elevada cuantía.

Por lo que hace a la determinación del plazo, la práctica asegurativa ha mostrado que dos, o a lo más tres años, son suficientes para que un asegurador, aun con mediana diligencia, pueda cerciorarse de la veracidad de las declaraciones, sin esperar el transcurso del mediano o largo plazo que, de ordinario, tiene como vigencia el seguro de vida, para rechazar el pago.

El período frecuentemente usado es el de dos años, existiendo también pólizas que son indisputables después de un año, incluso otras compañías señalan como períodos de indisputabilidad los de tres y cinco años, aunque debe

aclararse que existen pólizas que ni siquiera manejan esta cláusula.

"El período indicado empieza a contarse desde la fecha de emisión de la póliza. Si la póliza es rehabilitada o se modifica de cualquier otra forma, por lo que se haga necesario otro examen médico, el período empieza a contarse desde la fecha de la póliza rehabilitada o de la póliza nueva."<sup>100</sup>

En las pólizas mexicanas el período de disputabilidad de la póliza generalmente es de dos años, probablemente establecido así, por el término de prescripción que señala la Ley Sobre el Contrato de Seguro, aunque sería oportuno considerar para la fijación de dicho término, el tiempo que tardan en desarrollarse o presentar síntomas apreciables por el propio enfermo, y hacer un promedio, ya que de esta forma se daría mayor seguridad a las compañías de que después de transcurrido el término de disputabilidad sería difícil la aparición de enfermedades mortales que se hubieran ocultado al solicitar el seguro.

Respecto al término fijado para la indisputabilidad de un contrato, la jurisprudencia en México ha señalado de manera muy clara que se trata de un término de caducidad y no de prescripción, pues comienza a computarse a partir de la fecha de vigencia del contrato y no del día en que la aseguradora haya tenido conocimiento de la omisión o falsa declaración.

---

<sup>100</sup> MAGEE, John H. Seguros Generales. Tomo I. UTEHA. México. 1947. Pág. 746

#### 4. TEXTO COMÚN DE LA CLÁUSULA DE INDISPUTABILIDAD.

Antes de analizar como las pólizas mexicanas tratan la cláusula de indisputabilidad es conveniente revisar a grandes rasgos las redacciones que se dan en diferentes países a la misma:

De acuerdo con Joseph Brutherton Maclean "en las pólizas norteamericanas se emplean cuatro tipos de cláusulas de indisputabilidad, a saber:

"1) Esta póliza es indisputable después de haber estado en vigor por dos años desde su fecha excepto por la falta de pago de las primas y, a opción de la compañía, excepto de las cláusulas relativas a los beneficios en caso de incapacidad total y permanente y las cláusulas que otorgan seguro adicional específicamente en caso de muerte por accidente.

En esta redacción se notará que no hay excepción en el caso de fraude al obtenerse la póliza. Hablando estrictamente, dicha excepción no debe ser necesaria, puesto que nada está más claramente establecido en la ley que el fraude vuelve nulo a un contrato.

Sin embargo, el peso de la opinión judicial en los Estados Unidos, es que una póliza obtenida por medio de fraude puede ejecutarse en contra de la compañía bajo las estipulaciones de una cláusula indisputable, siempre que, desde luego, el período de disputabilidad haya expirado. En Canadá las leyes estipulan que, en caso de fraude, la póliza

puede ser disputada sin importar el tiempo que ha estado en vigor.

De acuerdo con lo anterior, y tomando en cuenta que la muerte del asegurado durante el período especificado no suspende la operación de la cláusula, tendríamos que si la muerte ocurre poco después de la emisión de una póliza obtenida por medio de fraude, el beneficiario podría obtener el pago total; esperando simplemente hasta que expirara el período disputable para notificar a la compañía de la muerte del asegurado, a menos de que la compañía, hubiera averiguado y encontrado el fraude y hubiera iniciado la acción para rescindir la póliza.

La compañía debe, por lo tanto, satisfacerse así misma durante el período de disputabilidad acerca de la veracidad de las manifestaciones en la solicitud."<sup>101</sup>

"2) El segundo tipo de cláusula indisputable es igual a la que ya hemos considerado, excepto que la póliza es indisputable después de que ha estado en vigor un período especificado durante la vida del asegurado.

Debido a la interpretación establecida por los tribunales norteamericanos sobre el primer tipo de cláusula, sosteniendo que los derechos bajo la póliza no estaban fijados por la muerte del asegurado, muchas compañías han adoptado esta redacción modificada. El efecto es que, si la muerte ocurre dentro del período especificado, el reclamante no puede ganar ninguna ventaja al posponer la notificación o

---

<sup>101</sup> MACLEAN, Joseph Brutherton. El Seguro de Vida. Continental. México. 1982. Pág. 194.

reclamación hasta después de que ha expirado el período disputable."<sup>102</sup>

"3) Indisputable después de uno o varios años.

4) Un tercer tipo de cláusula estipula: esta póliza será indisputable después de un año de su fecha de emisión a menos de que el asegurado muera en dicho año, en cuyo caso será indisputable después de dos años desde la fecha de su emisión.

Esta cláusula es más favorable para el asegurado que una de dos años, puesto que la póliza llega a ser indisputable si el asegurado todavía vive al final de un año. Es también más favorable para el asegurado que el segundo tipo de cláusula, puesto que en caso de fallecimiento dentro del primer año, se retendrá una reclamación disputable hasta el final del segundo año, cuando la póliza será indisputable a menos de que la compañía haya obtenido una rescisión. La compañía está sin embargo, parcialmente protegida por el hecho de que en tal caso el reclamante tendría que esperar por lo menos un año.

La tendencia en años recientes en ese País es hacer la cláusula más estricta y adoptar un período de dos años en vez de un año."<sup>103</sup>

De acuerdo con el autor la cláusula usada por las compañías canadienses es la siguiente:

---

<sup>102</sup> Ibidem. Pág. 195

<sup>103</sup> Ibidem. Pág. 196.

Las declaraciones hechas por el contratante del seguro, o por el asegurado, en la solicitud o en el examen médico, serán consideradas verdaderas e indisputables, excepto en el caso de declaraciones dolosas, error respecto a la edad, después de que el contrato hay estado en vigor por dos años durante la vida de la persona asegurada.<sup>104</sup>

"La cláusula adoptada por las grandes compañías francesas dice así:

Las declaraciones, tanto del contratante como del tercero asegurado, sirven de base a este contrato. Toda reticencia, toda falsa declaración que disminuyan la apreciación del riesgo o que cambien su objeto, anulan el seguro y en este caso, las primas pagadas quedarán a favor de la compañía. Sin embargo, después de cinco años enteros transcurridos desde la suscripción de seguro, las disposiciones del párrafo anterior no podrán ser invocadas por la compañía."<sup>105</sup>

"La cláusula de indisputabilidad de las compañías italianas está redactada como sigue:

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

<sup>104</sup> MANTILLA MOLINA, Roberto. Op. Cit. Pág. 102

<sup>105</sup> Ibidem. Pág. 103

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



ser en caso de fraude o de engaño. La cláusula de las pólizas del Instituto Nacional del Seguro, en lugar de respuestas, no verdaderas o incompletas, habla de reticencias o declaraciones erróneas."<sup>106</sup>

En México de acuerdo al principio de autonomía de la voluntad que rige en materia de contratación, las compañías de seguros redactan las cláusulas de indisputabilidad de manera independiente sin que podamos considerar que existe un texto común, al que deben ajustarse, más aún cuando la Ley Sobre el Contrato de Seguro no proporciona ni redacción, ni disposiciones al respecto.

Es preciso señalar que la redacción de estas cláusulas debería limitarse exclusivamente a una renuncia a la rescisión por omisiones o falsas declaraciones y no como algunas compañías consideran, llegar incluso a la renuncia a la nulidad por dolo, ya que como analizaremos en el siguiente capítulo, esta renuncia no está permitida por la legislación mexicana, además de que es peligrosa para la estabilidad económica de las compañías a las que se estaría obligando a pagar reclamaciones fraudulentas sin poder oponerse a esto.

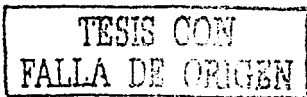
Algunas de las cláusulas empleadas por las compañías aseguradoras mexicanas son:

#### "DISPUTABILIDAD

Durante los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio del período de cobertura indicada en la

---

<sup>106</sup> Ibidem. Pág. 104.



carátula de la presente póliza o de su última rehabilitación, la Institución podrá rescindir el contrato si el Asegurado o el Contratante incurrieron en omisiones o inexactas declaraciones sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo amparado por esta póliza, al contestar los cuestionarios proporcionados por la Institución para la emisión de la misma y para su rehabilitación, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Cuando posteriormente a la fecha en que haya dado inicio la efectividad de este contrato o en que se haya rehabilitado, el Asegurado presentara cualquier declaración que requiera la Institución para la apreciación del riesgo, con motivo de la inclusión de alguna cobertura o cláusula adicional a este contrato, o para aumentar la suma asegurada, tales pactos de incremento del riesgo serán disputables por causa de omisiones o inexactas declaraciones, durante los dos primeros años contados a partir de su celebración o inclusión en este contrato. Después de transcurrido ese período, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la póliza.

Si las omisiones o inexactitudes son relativas a la edad del Asegurado, se procederá conforme a lo siguiente:

- a) Si la edad real a la fecha de la solicitud excede de los límites de admisión fijados por la Institución, se considerará rescindido automáticamente el contrato y se devolverá al Contratante el "valor en efectivo" que corresponda a la fecha de la rescisión.

b) Si la edad real del Asegurado se encuentra comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Institución, se aplicarán las reglas a que se refiere el artículo 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.<sup>107</sup>

Respecto a esta cláusula podemos decir que está perfectamente justificado el que se establezca en la cláusula, la excepción relativa a la errónea o falsa declaración sobre la edad del asegurado, ya que ello influye sobre la validez misma del contrato, y no significa una restricción a los riesgos cubiertos por el mismo.

También encontramos esta redacción:

"Las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurrido dos años a partir de la fecha de su inicio de vigencia o de su última rehabilitación, renunciando la compañía al derecho que le confiere la ley para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el asegurado al formular la solicitud de seguro, o de su rehabilitación."<sup>108</sup>

Otra redacción que se da es la siguiente:

"Este contrato será indisputable desde el momento en que cumpla dos años de su fecha de vigencia o la de su rehabilitación, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del asegurado, y al efecto la compañía renuncia a todos los derechos que, conforme a la ley, son

<sup>107</sup> Póliza de seguro de Vida de la compañía "Seguros Monterrey New York Life, S.A."

<sup>108</sup> Póliza de Seguro de Vida Individual de la compañía "Aseguradora Interacciones, S.A."

renunciables para atacarlo de nulidad o para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo que sirvió de base para su celebración.

Cuando posteriormente a la fecha de vigencia o rehabilitación el asegurado presentara cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad que requiera la Compañía para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, así como para aumentar la suma asegurada, tales incrementos de riesgo serán disputables durante los dos primeros años de su inclusión. Después de transcurrido ese período, será indisputable en la misma forma que todo el resto de la póliza."<sup>109</sup>

De acuerdo con Mantilla Molina, las diversas cláusulas usadas en las pólizas tanto extranjeras como mexicanas, pueden reducirse a cuatro clases fundamentales, que son: cláusulas de indisputabilidad inmediata, diferida, absoluta y con excepciones.

Tanto en el caso de indisputabilidad inmediata de la póliza como en el indisputabilidad diferida, debe precisarse cuál es el momento a partir del cual el contrato de seguro resulta indisputable, y que es cuando la compañía aseguradora se desprende del documento para entregarlo al contratante. Esta solución se basa en el significado etimológico de la palabra emitir (emittire, evitar fuera); se basa también en la necesidad de permitir que el asegurador goce, a lo menos, del mínimo plazo que significa el tiempo que pueda transcurrir desde el perfeccionamiento del contrato hasta la

---

<sup>109</sup> Póliza de Seguro Individual de la compañía "Met Life México, S.A."

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

entrega de la correspondiente póliza, para cerciorarse de la veracidad y exactitud de las declaraciones del contratante.<sup>110</sup>

La indisputabilidad inmediata significa que la cláusula comienza a surtir sus efectos a partir de la emisión de la póliza.

La indisputabilidad diferida se refiere a que los efectos de la cláusula se sujetan al previo transcurso de determinado período de tiempo, señalando que serán necesario que el seguro este en vigor durante un año para que la cláusula comience a surtir sus efectos.<sup>111</sup>

Entendemos que cuando dicha cláusula habla de que el seguro esté en vigor durante un año, dicho plazo ha de correr durante la vida del asegurado, ya que después de realizarse el siniestro difícilmente podría decirse que continúa en vigor el contrato.

En México, la cuestión tiene escaso interés, dado lo poco difundido que está el uso de la cláusula de indisputabilidad diferida.

Las excepciones a la indisputabilidad a su vez, pueden reducirse a dos clases: a) el dolo y b) la inexacta o falsa declaración de la edad.

---

<sup>110</sup> Cfr. MANTILLA MOLINA, Op. Cit. Pág. 107

<sup>111</sup> Cfr. Ibidem. Pág. 108

5. APROBACIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS AL TEXTO DE LA CLÁUSULA DE INDISPUTABILIDAD.

De acuerdo con la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en su artículo 36-B: "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, en los términos del artículo 36-D de esa ley.

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 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.

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 ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes, contra la institución de seguros y nunca por ésta contra aquéllos."

"Los contratos de seguro en general deberán contener las indicaciones que administrativamente fije la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en protección de los intereses de los contratantes, asegurados o beneficiarios. Con el mismo fin, la citada Comisión podrá establecer cláusulas tipo de uso obligatorio para las diversas especies de contratos de seguro." (Artículo 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros)

"Las instituciones de seguros al realizar su actividad deberán entre otras cosas, determinar sobre bases técnicas, las primas netas de riesgo a fin de garantizar con un elevado grado de certidumbre, el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan con los asegurados; además la nota técnica deberá sustentar cada una de sus coberturas y planes que correspondan, y expresar de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, lo siguiente:

- a) Las tarifas de primas y extraprimas;
- b) La justificación técnica de la suficiencia de la prima y, en su caso, de las extraprimas;
- c) Las bases para el cálculo de reservas;

d) Los deducibles, franquicias o cualquier otro tipo de modalidad que, en su caso, se establezcan;

e) El porcentaje de utilidad a repartir entre los asegurados, en su caso;

f) Los dividendos y bonificaciones que correspondan a cada asegurado, en los casos que procedan;

g) Los procedimientos para calcular las tablas de valores garantizados, en los casos en que procedan;

h) Los recargos por costos de adquisición y administración que se pretendan cobrar; e

i) Cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación de la operación de que se trate.

Las instituciones de seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, previo el registro de las notas técnicas que al efecto lleve la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo que establece el artículo 36-D de esta Ley.

Las instituciones que realicen operaciones sin fundamento en la nota técnica a que se refiere este artículo, omitan su registro o desarrollen las operaciones en términos distintos a los que se consideren en la misma, serán sancionadas en los términos de esta Ley.



Cuando una institución de seguros otorgue una cobertura, en contravención a este artículo, que dé lugar al cobro de una prima o extraprima inferior a la que debería cubrirse para riesgos de la misma clase, que la institución opere, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le concederá un plazo de diez días a partir de la fecha de notificación para que exponga lo que a su derecho convenga. Si dicha Comisión determina que ha quedado comprobada la falta, le ordenará a la empresa que dentro del término que señale, no mayor de treinta días naturales, corrija el documento de que se trate manteniendo la vigencia de la póliza hasta su terminación a su costa no pudiendo, en su caso, renovarse la póliza en las mismas condiciones.

En las coberturas de vida o de accidentes y enfermedades en que una institución de seguros cobre una prima o extraprima superior a la que debería cubrirse para los riesgos de la misma clase que la propia institución opere, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, ajustándose al procedimiento citado en el párrafo anterior, si determina que ha quedado comprobada la falta, lo comunicará al contratante, asegurado o beneficiario o a sus causahabientes para que en un plazo de diez días a partir de la fecha de notificación, determine si se le devuelve el exceso cobrado y su rendimiento o se aumenta la suma asegurada. En caso de que no resuelva nada en el referido plazo, la Comisión ordenará a la institución la devolución del exceso cobrado y su rendimiento. Tratándose de coberturas de daños, la Comisión dará vista al interesado previamente y ordenará a la institución que devuelva el exceso cobrado y su rendimiento." (Artículos 36, fracción II y 36-A de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros).

De lo anterior se desprende que no sólo para la aprobación de los contratos de seguro sino también de las cláusulas que éstos contienen, debe evitarse la inclusión de estipulaciones lesivas tanto para la compañía como para los asegurados y beneficiarios, por lo que se refiere a nuestro tema de tesis, reiteramos que la Comisión debe intervenir para no permitir la redacción de cláusulas de indisputabilidad que impliquen la renuncia al derecho de hacer valer la nulidad porque esto puede ser engañoso para el adquirente y peligroso para la estabilidad económica de las compañías al tener que pagar reclamaciones fraudulentas, cuando desde el principio esto puede ser evitado.

En el caso de la cláusula de indisputabilidad, no puede considerarse como una cláusula tipo de uso obligatorio, por la diversidad de redacciones que de la misma hay, como ya lo notamos en el tema anterior y porque la obligatoriedad proviene de la ley, y en ninguno de los ordenamientos que rigen los contratos de seguros se establece, mencionándose solamente en el artículo 50, fracción IV de la Ley Sobre el Contrato de Seguro; no es posible establecer limitaciones a las compañías de seguros referentes al contenido de dicha cláusula.

Los contratos de seguros al ser aprobados mediante estos procedimientos brindan la confianza de que no se trata de un contrato que represente ventajas para las partes.

## 6. LA INDISPUTABILIDAD Y LA ACTITUD FRAUDULENTE.

Existen asegurados que incurren en fraude, bien sea con el objeto de obtener una protección que de otro modo le sería rehusada; o bien para realizar un provecho ilícito, o para deformar las circunstancias de un siniestro o modificar favorablemente el importe de la pérdida, y sus repercusiones para la entidad aseguradora o para el núcleo de asegurados son a todas luces peligrosas.

Ocultando maliciosamente determinados hechos, impiden que el asegurador se forme un concepto preciso con respecto a la peligrosidad del riesgo. Provocando intencionalmente el siniestro, pretenden obtener una ganancia a expensas del seguro, y aunque existen defensas contra el fraude, muy frecuentemente, es difícil y aún imposible allegar la prueba respectiva.

Para los efectos de este apartado podemos entender por fraude en materia de seguros; el "comportamiento fraudulento del asegurado o de un tercero con el objeto de obtener un amparo de seguro que normalmente no puede contratar, de pagar una prima más baja o de reclamar el pago de una indemnización, que por su motivo o cuantía, no está justificada."<sup>112</sup>

Son comportamientos que típicamente tiene aquél que piensa defraudar y deja pasar los dos años dentro del cual la aseguradora tiene derecho a disputar la reclamación, dejándola en estado de indefensión.

---

<sup>112</sup> El fraude en el seguro. Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft, 1988. Alemania. Pág. 6

De acuerdo con la revista Múnchener: "El fraude al seguro ha adquirido tales dimensiones que en la actualidad representa el mayor riesgo aislado que amenaza el nivel de rentabilidad de la industria del seguro, más aún cuando defraudar al seguro se entiende como medio adecuado para volver a obtener de los aseguradores por lo menos parte de las primas abonadas durante muchos años o sea 'un ajuste de cuentas del asegurado'.

Los mismos aseguradores, desgraciadamente, han contribuido a que el fraude al seguro se haya propagado pues sostienen una posición muy conservadora en la lucha contra éste." <sup>113</sup>

Una circunstancia que favorece a los defraudadores residen en que, por tener que economizar costos, los aseguradores se ven obligados a emplear una plantilla amplia de empleados que tramiten, en lo posible, muchos ramos del seguro y que, necesariamente, ya no disponen de suficientes conocimientos especiales en la materia.

El defraudador emprende varios caminos para llegar a la fuente del dinero, el sin número de formas en que se desenvuelven los hechos permite establecer determinadas modalidades que se describen a continuación:

Ocultamiento de padecimientos sin dejar de atenderse pero con personas que el asegurado sabe que no aportará pruebas del mismo.

---

<sup>113</sup> Ibidem. Pág. 9

Solicitud de aumento de suma asegurada o de una cobertura adicional como doble indemnización por muerte accidental.

Desaparecer pruebas de sus padecimientos a fin de que la aseguradora no pueda demostrarlos aún cuando los conozca.

En el seguro de vida es frecuente la simulación de un excelente estado de salud, para el sólo efecto de obtener la póliza, llegando incluso a la substitución de personas para la realización del examen médico.

Y en general, la ocultación de circunstancias desfavorables con el objeto de lograr en suma la celebración del contrato o pagar una prima más baja, o bien que les sea pagada la suma asegurada.

Este fenómeno puede observarse en casi todas las clases sociales, ramas y sistemas y comprende desde el delincuente profesional hasta el ciudadano normal.

Por regla general, los defraudadores están muy bien informados sobre la práctica de ajuste seguida por las compañías de seguros, y por lo tanto, para sus tentativas de fraude suelen seleccionar a aquellos aseguradores que tienen fama de actuar de forma particularmente flexible a la hora de ajustar los siniestros.

## CAPITULO IV.

### EFFECTOS JURIDICOS DE LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD.

Los efectos jurídicos que trae consigo la cláusula de indisputabilidad deben analizarse, desde nuestro punto de vista, en dos aspectos: la rescisión y la nulidad del contrato de seguros; la primera, consecuencia que de acuerdo con la legislación de seguros trae aparejada las falsas e inexactas declaraciones y que con la aplicación de la cláusula deja de surtir efectos para constreñir a la aseguradora a cumplir con el contrato; y la segunda, de acuerdo con la legislación civil para aquellos casos en los que hubo dolo al realizar esas falsas e inexactas declaraciones, y donde la cláusula de indisputabilidad resulta ineficaz, porque ésta no tiene el alcance de extinguir el derecho de ejercitar la nulidad proveniente de dolo, ya que es un derecho irrenunciable.

A continuación desarrollaremos estos aspectos:

#### 1. RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS.

Para el licenciado Bejarano Sánchez "la rescisión es la resolución de un contrato bilateral plenamente válido a causa del incumplimiento culpable de una de las partes, se distingue de la nulidad en que ésta es provocada por un vicio de origen.

Puede exigir la rescisión, el contratante víctima del incumplimiento que esté exento de culpa, de manera que no

puede pedir la resolución el que hubiere incumplido el mismo contrato que trata de rescindir."<sup>114</sup>

La rescisión procede cuando el incumplimiento proviene de la culpa del deudor, de causa imputable a él. Si es consecuencia de causas ajenas e irresistibles (caso fortuito), la rescisión no procede, sino la resolución por imposibilidad de ejecución.

Procede cuando el incumplimiento se refiere a las prestaciones recíprocas principales del contrato, pues una inobservancia de las obligaciones accesorias o complementarias no sería suficiente si aquéllas fueron satisfechas. Poco importa que sea total o parcial porque la ley no distingue.

La rescisión destruye el contrato privándolo de efectos, retroactivamente, borrando en lo posible todas sus consecuencias.

El Licenciado Sánchez Flores, nos dice que: "el significado de rescisión alude a la terminación anticipada del contrato, en virtud del incumplimiento imputable a una de las partes, respecto de las obligaciones a su cargo; incumplimiento que se genera durante su vigencia, a diferencia de la inexistencia y de la nulidad, que se ocasionan por factores consistentes en la falta de un elemento esencial o de validez, respectivamente, antes de la

---

<sup>114</sup> BEJARANO SANCHEZ, Manucl. Op. Cit. Pág. 392.

concertación contractual que resulta por ello afectada de inexistencia o de nulidad, según sea el caso."<sup>115</sup>

El tratadista Gaudement señala que para que opere la rescisión son necesarias tres condiciones:

- a) Primeramente se requiere que haya incumplimiento. No hay problema, si el cumplimiento es total. Si es parcial, la rescisión no será posible sino cuando el incumplimiento recaiga en un punto que las partes consideren esencial, lo que queda a criterio del juez.
- b) Una intimación de mora, necesaria para hacer constar el incumplimiento. Hasta entonces puede decirse que hay simple retraso, sin efecto jurídico por sí mismo. La intimación es inútil, si la imposibilidad de cumplir es evidente, y
- c) Por fin, el incumplimiento debe ser imputable al deudor.<sup>116</sup>

De acuerdo con lo anterior, los efectos o consecuencias de la acción rescisoria son:

1.- Efecto retroactivo, es decir, efecto restitutorio que consiste en volver las cosas a su estado anterior, cuando ello es posible, si no se trata de actos consumados o de tracto sucesivo, mediante la restitución de las prestaciones. Ese efecto restitutorio lo establece el artículo 2239, del Código Civil para el Distrito Federal de aplicación analógica.

---

<sup>115</sup> SANCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 283

<sup>116</sup> Cfr. Ibidem. Pág. 284



2.- Efecto liberatorio del contratante perjudicado por el incumplimiento, quien a su vez se libera de su correspondiente obligación que es correlativa de la incumplida.

3.- Extinción de la obligación a cargo del deudor incumplido, a causa de la interdependencia de las obligaciones recíprocas generadas por un contrato bilateral, pero responsabilizando a dicho deudor de daños y perjuicios.

En el contrato de seguro la rescisión es la pérdida de la vigencia de una póliza cuando se presentan determinadas causas como son:

- a) La agravación o alteración del riesgo
- b) Cambio de dueño del objeto asegurado,
- c) Omisiones o inexactas declaraciones del asegurado
- d) La falsa declaración, y
- e) La inexacta indicación de edad, cuando ésta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, de acuerdo con el artículo 160 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Al presentarse cualquiera de estas causales la aseguradora tiene la obligación de comunicar dicha rescisión al asegurado o sus beneficiarios, en forma auténtica, en un término de quince días para los incisos a) y b), de conformidad con los artículos 64 y 107 respectivamente, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y para los incisos restantes dentro del término de treinta días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de la situación que dio origen a

la rescisión, de conformidad con el artículo 48 del citado ordenamiento.

Si la aseguradora no da el aviso auténtico de la rescisión, se entiende que ha renunciado tácitamente a él, dado que la ley señala un término para ejercitar ese derecho.

Además; dicho artículo con toda precisión establece que esa notificación deberá hacérsele al asegurado o a sus beneficiarios, disposición que fue recientemente reformada, pues la anterior, contemplaba solamente al asegurado lo que en la práctica traía complicaciones al ocurrir su fallecimiento.

Al respecto Martínez Gil nos dice: "la rescisión del contrato de seguro obra sobre los efectos del mismo sin prejuzgar sobre su validez originaria y puede ser ejercitada por la compañía aseguradora, cuando se presentan diversas circunstancias. Es común que en las condiciones generales de todas las pólizas se estipule la facultad de la compañía aseguradora de rescindir el contrato."<sup>117</sup>

#### 1.1. RENUNCIA A LA RESCISIÓN.

La cláusula de indisputabilidad es precisamente el pacto por el cual el asegurador renuncia a invocar los vicios de que pudiera adolecer su consentimiento a causa de declaraciones irregulares del asegurado respecto del riesgo.

---

<sup>117</sup> MARTINEZ GIL, José de Jesús. Op. Cit. Pág. 254.

Por virtud de esta cláusula, la compañía se obliga a cumplir con el pago de la suma asegurada; a pesar de que descubra que el asegurado incurrió en omisiones o falsas declaraciones al momento de la contratación que obedecieron a negligencia excusable, es decir, fueron declaraciones hechas dentro de la buena fe del contratante.

Por lo que el principal efecto que produce la cláusula de manera inmediata es la obligación de la compañía de no oponerse al pago cuando la infracción se conoce después del plazo especificado o bien cuando conociéndola dentro del plazo no tomó las medidas necesarias para hacer valer la rescisión del contrato.

Dicha renuncia a la rescisión se encuentra fundada en el artículo 50, fracción IV, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que señala:

"Artículo 50.- A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

I.-...

IV.- Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa..."

## 2. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS.

De acuerdo con el licenciado Sánchez Flores: "por nulidad debemos entender la ineficacia de un acto jurídico como consecuencia de la ilicitud de su objeto o de su fin, de la

carencia de los requisitos esenciales exigidos para su realización o de la concurrencia de algún vicio de la voluntad en el momento de su celebración, y para tal fin es necesario ejercitar la acción de nulidad para alcanzar el reconocimiento y declaración de nulidad del acto jurídico determinado."<sup>118</sup>

De acuerdo con Gutiérrez y González: "hay nulidad cuando el acto jurídico se ha realizado imperfectamente en uno de sus elementos orgánicos, aunque se presenten completos. Así la nulidad del acto se reconoce en que la voluntad, el objeto o la forma, se han realizado de manera imperfecta, o también en que el fin perseguido por sus autores está, directa o indirectamente condenado por la ley."<sup>119</sup>

Desde nuestro punto de vista un acto será nulo cuando se vea afectado por ilicitud en el objeto, fin o condición y ataque al orden público; o bien ante la falta de cualquier elemento de validez al atacar el orden particular.

Al respecto, el Código Civil para el Distrito Federal establece en su artículo 1795:

"El contrato puede ser invalidado;

- I. Por incapacidad legal de las partes o de una de ellas,
- II. Por vicios del consentimiento;
- III. Porque su objeto, o su motivo o fin sea ilícito;

<sup>118</sup> SANCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 275.

<sup>119</sup> GUTIERREZ Y GONZALEZ, Ernesto. Op. Cit. Pág. 144.

IV. Porque el consentimiento no se haya manifestado en la forma que la ley establece."

De acuerdo con la doctrina se puede hablar de nulidad absoluta y nulidad relativa, la primera basada en el interés general y la segunda en el interés privado.

Sobre el tema Gutiérrez y González expone: "La nulidad absoluta reposa sobre el supuesto de la violación a una regla de orden público, permite al acto producir todos sus efectos mientras no es destruido y tiene las siguientes características:

- a) Puede invocarse por cualquier interesado
- b) No desaparece por la confirmación del acto, ni por prescripción.
- c) Necesita ser declarada por la autoridad judicial.
- d) Una vez declarada, se retrotrae en sus efectos y se destruye el acto.
- e) No puede ser subsanado." <sup>120</sup>

Por lo que estamos ante un acto nulo cuando haya ilicitud en el objeto, en el fin ó en la condición de conformidad con el artículo 2225 del Código Civil para el Distrito Federal.

La nulidad absoluta por regla general no impide que el acto produzca provisionalmente sus efectos, los cuales serán destruidos retroactivamente cuando se pronuncie por el juez la nulidad. De ella puede prevalecerse todo interesado y no

---

<sup>120</sup> Ibidem. Pág. 145.

desaparece por la confirmación o la prescripción. (Artículo 2226 del Código Civil para el Distrito Federal)

De acuerdo con Benítez de Lugo la nulidad relativa, reposa sobre el supuesto de la violación a una norma de orden particular y se produce ante la falta de cualquier elemento de validez del acto, sus vicios pueden ser purificados de sus defectos.

El contrato afecto de nulidad relativa o anulable, produce sus efectos como si fuera un acto válido, es susceptible de convalidación y su anulabilidad solamente puede ser invocada a instancia de la parte en cuya protección es regulada.

Tiene las siguientes características:

- a) Sólo los interesados pueden invocarla.
- b) Es confirmable.
- c) Es prescriptible.<sup>121</sup>

Así, la falta de forma establecida por la ley, si no se trata de actos solemnes, así como el error, el dolo, la violencia, la lesión y la incapacidad de cualquiera de los autores del acto, produce la nulidad relativa del mismo. (Artículo 2228 del Código Civil para el Distrito Federal)

Ambas nulidades tienen como semejanza que una vez declaradas por la autoridad judicial, el acto impugnado es integral y retroactivamente destruido, por lo que las partes debe restituirse las prestaciones recibidas.

---

<sup>121</sup> Cfr. BENITEZ DE LUGO, Luis. Op. Cit. Pág. 414.

"Se ha establecido que la nulidad relativa o absoluta sólo se presenta ante la falta de un elemento de validez del contrato y tiene lugar al momento de su integración; toda vez que si la causa que propicie su terminación se produce después, es decir, durante su vigencia, ésta sería entonces motivo de su rescisión."<sup>122</sup>

En atención a lo señalado, el contrato de seguro será nulo absolutamente cuando carezca de alguno de sus elementos esenciales, o sea el consentimiento del asegurador o del asegurado, o el objeto, es decir que el riesgo sea ilícito imposible, excluido o prohibido.

En cambio, estamos frente a una nulidad relativa cuando carezca de alguno de los elementos de validez del contrato (forma, capacidad, ilicitud en el objeto, motivo o fin, y ausencia de vicios en el consentimiento.)

#### 2.1. SUPUESTOS DE NULIDAD.

De acuerdo con la Ley de la materia, 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

---

<sup>122</sup> SANCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. Pág. 276

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 Ley Sobre el Contrato de Seguro.)

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 Ley Sobre el Contrato de Seguro.)

c) El seguro para el caso de muerte de un tercero, 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 Ley Sobre el Contrato de Seguro.)

d) 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 Ley Sobre el Contrato de Seguro.)

e) El jurista Sánchez Flores añade: "El dolo al omitir o declarar falsamente los hechos respecto a su estado de salud y aún su modo o género de vida, vician el

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



consentimiento de la empresa aseguradora, generando ello la nulidad del contrato celebrado en tales condiciones, según lo establecen los artículos 1812 y 1813 del Código Civil para el Distrito Federal.

La empresa aseguradora puede ejercitar la acción de nulidad u oponerla como excepción, de conformidad con lo previsto por el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que prevé las reglas en relación con el término de prescripción para ejercer una acción, en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido y aunque no indica el nombre de la acción, para muchos tratadistas, no es otra que la nulidad.<sup>123</sup>

## 2.2. RENUNCIA A LA NULIDAD.

La cláusula de indisputabilidad contempla, como ya lo hemos mencionado, una renuncia de derechos, concretamente, la renuncia al derecho de rescindir el contrato por omisiones o falsas declaraciones del asegurado, sin embargo; esas omisiones o falsas declaraciones deben quedar comprendidas dentro del campo de la buena fe en que opera el contrato de seguros, pues de lo contrario estaríamos ante la presencia de una actitud maquinada por parte del asegurado, para inducir al error o mantener en él a la compañía aseguradora, y caeríamos en la figura de dolo.

Como ya se ha señalado los vicios del consentimiento traen aparejada la nulidad del mismo y quedando incluido el

---

<sup>123</sup> Ibidem. Pág. 277.

dolo dentro de dichos vicios, la consecuencia sería la nulidad del contrato.

Si las omisiones o falsas declaraciones que vierte el asegurado han sido realizadas de forma dolosa, no sería lícito establecer su renuncia en atención a lo que señala el Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 1822 establece:

"No es lícito renunciar para el futuro la nulidad que resulte del dolo o de la violencia."

Esto en virtud de que se pondría en peligro la seguridad de las partes contratantes y se dejaría, en el caso que nos ocupa, al asegurador a merced de la voluntad del asegurado, por ello que sea un principio constante de la doctrina y la legislación universales que el asegurador no cubre el siniestro provocado dolosamente por el tomador o el beneficiario.

Establecer la renuncia a la nulidad por dolo, es decir, establecer desde el nacimiento del acto que aunque se actúe con dolo o mala fe al celebrarlo se renuncia a ejercitar la acción derivada de ese vicio, sería tanto como decirle a una de las partes contratantes que se le engañará pero que debe renunciar a la acción que pudiera ejercitar contra dicho engaño, lo que va en contra de todo principio de ética y de derecho.

### 2.3. DOLO Y NULIDAD

El concepto de dolo lo proporciona en derecho mexicano el artículo 1815 del Código Civil del Distrito Federal, señalando que se entiende por dolo en el contrato "cualquier sugestión o artificio que se emplee para inducir a error o mantener en él a alguno de los contratantes".

Para Zamora y Valencia "el dolo es el empleo de cualquier medio ilegal para inducir o provocar el error y así obtener la voluntad de una persona en la formación de un contrato.

Las sugestiones, los artificios o los medios ilegales, no constituyen prácticamente un vicio del consentimiento, sino que son los medios para obtener el resultado de inducir a error o mantener en él a una persona, y por lo tanto el vicio no es el dolo, sino el error. Sin embargo el concepto es útil, en virtud de que puede ser más fácil probar la presencia de dolo en el contrato por la materialización de los actos en las sugestiones o artificios, que probar el error y aún más cuando éste se desprende de circunstancias que no están declaradas en el contrato."<sup>124</sup>

De acuerdo con el tratadista Stiglitz, la acción dolosa como vicio de la voluntad, tiene como propósito conseguir la ejecución de un acto y consiste en la aserción de lo que es falso o disimulación de lo verdadero, cualquier artificio, astucia o maquinación que se emplee con ese fin.

---

<sup>124</sup> ZAMORA Y VALENCIA, Miguel Ángel. Contratos Civiles. 5ª. Porrúa, México. 1994. Pág. 42.

El dolo actúa sobre la inteligencia mediante el engaño, induciendo al error.<sup>125</sup>

Sánchez Bejarano expone: "el error pudo haber sido provocado o mantenido deliberadamente por maniobras o artificios realizados por la otra parte contratante o por un tercero con anuencia de ella. La actitud malévola de pretender aprovecharse de un error ajeno, ya provocándolo, ya manteniéndolo engañosamente, se llama dolo en materia civil. En derecho penal, cuando asume formas de extrema gravedad, constituye la figura delictiva del fraude."<sup>126</sup>

El dolo produce la nulidad relativa del contrato al que afecta (artículo 2228 del C.C) y se le sanciona así, no sólo porque agrava un error que vicia la voluntad, sino porque constituye una conducta malévola que debe ser reprimida por el Derecho; el acto jurídico no debe ser un medio para la consagración de actos consumados por intenciones maliciosas e inmorales.

En resumen el dolo es activo e implica todas aquellas sugerencias y artificios usados para inducir o mantener a otro en error.

Para que este vicio de la voluntad sea causa de nulidad relativa del contrato, el error debe recaer sobre el motivo determinante de la voluntad del sujeto en su celebración, si no hay esa intención de daño o amenaza alguna de las partes, tradicionalmente se le conoce como "dolo bueno" y no es una

---

<sup>125</sup> Cfr. STIGLITZ, Rubén. S. Cláusulas Abusivas en el Contrato de Seguro. Abeledo Perrot. Buenos Aires. 1994. Pág. 170

<sup>126</sup> BEJARANO SANCHEZ, Manuel. Op. Cit. Pág.100

causa de nulidad del contrato (Artículo 1821 del Código Civil para el Distrito Federal).

Si ambas partes proceden con dolo. Ninguna de ellas puede alegar la nulidad del acto o reclamarse indemnizaciones. (Artículo 1817 del Código Civil para el Distrito Federal).

En materia de seguros, la mala fe o el dolo del asegurado se caracteriza por la intención de engañar al asegurador, es decir, la omisión intencional de declarar una circunstancia conocida o reconocible por el asegurado y que habría influido en la valoración del riesgo, o bien la realización de actos intencionados que produzcan el siniestro.

Así, el dolo del asegurado puede presentarse en dos momentos: al realizar la contratación del seguro o bien cuando se realiza el siniestro.

En el momento de la contratación del seguro; la falsa declaración intencional, presupone la manifestación consciente de una circunstancia inexacta, y su efecto sería la nulidad por tratarse de un vicio del consentimiento; aún cuando la Ley Sobre el Contrato de Seguro en su artículo 47 señale también la facultad de la empresa aseguradora de considerar rescindido de pleno derecho el contrato, a pesar de que dicha omisión no influya en la realización del siniestro y, accesoriamente el asegurador tiene derecho a la prima de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la omisión o falsa declaración.

En el caso del dolo en el momento de la realización del siniestro, existe unanimidad en los ordenamientos jurídicos

de considerar su exclusión, en razón de que por propia definición, el siniestro es un hecho ajeno a la voluntad del asegurado, causal o fortuito; por lo que el tomador del seguro no puede con su conducta voluntaria provocarlo, pues dejaría de ser un acontecimiento incierto.

En efecto, un siniestro provocado dolosamente por el asegurado fractura el principio general consistente en que el asegurador cubre o garantiza los daños ocasionados por casos fortuitos.

Por lo que un pacto extendido al dolo sería nulo, pues pondría en peligro la seguridad de las partes contratantes y dejaría al asegurador a merced del asegurado, de ahí que se hable de la irrenunciabilidad a la nulidad causada por dolo, el asegurado no puede liberarse nunca de sus consecuencias.

Aunque, cabe precisar que no existirá dolo capaz de invalidar el consentimiento, cuando el asegurado haya decidido contratar el seguro a instancia reiterada e insistente del Agente, ni en virtud de sus promesas, ni de que las ventajas que le exponga resulten o no cumplidas; no sólo porque el Agente es un simple intermediario, como dijimos, sino porque aquél hecho no podrá ser constitutivo de dolo, toda vez que el asegurado pudo antes de la formación del contrato comprobar la veracidad de tales ventajas por el simple examen de las condiciones de la póliza y, si no lo hizo no podrá alegar que ha sido víctima de un engaño, cuando sólo lo fue de su propia negligencia.

Por otro lado, en relación con este tema y la cláusula de indisputabilidad, podemos apuntar:

En el caso del dolo por parte del tomador del seguro es el que suscita más delicados problemas con respecto a la cláusula de indisputabilidad. El dolo puede manifestarse con una infinita variedad de matices desde quien contesta a sabiendas con falsedad una pregunta de las contenidas en el interrogatorio formulado por el asegurador, creyéndola sin importancia para la apreciación del riesgo, hasta el de quien urde una complicada maquinación para inducir al asegurador a emitir una póliza, que con certidumbre, no habría emitido sin tales maquinaciones.

Aunque la solución sea en estricto derecho la misma, es indudable que la actitud de las compañías y la de los tribunales que eventualmente sean llamados a decidir los problemas que el dolo del contratante del seguro puede suscitar, sea muy diferente en uno y otro caso.

De hecho, la actitud tradicional de las compañías aseguradoras ha sido el de no impugnar las pólizas de seguros que han emitido basadas en la simple falsedad de algunas de las respuestas dadas al cuestionario formulado al solicitante; por lo mismo, los tribunales no suelen tener ocasión de decidir sobre la procedencia de la excepción de dolo basada en la respuesta conscientemente falsa a una pregunta del asegurador y es muy probable que se mostrarían, muy exigentes para reconocer en tales casos la existencia de dolo por parte del asegurante.

Por lo contrario, si se recurre a las maquinaciones para captar el consentimiento de la empresa aseguradora (sustitución de una persona por otra en el examen médico,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sustitución de muestras para los análisis de laboratorio), las compañías aseguradoras no sólo estarían moralmente justificadas, sino obligadas a sostener la invalidez del contrato de seguro, no obstante la cláusula de indisputabilidad, y es indudable que los tribunales aceptarían la correspondiente excepción.

Es por ello que de acuerdo con Mantilla Molina resulta conveniente separar los dos tipos de dolo que pueden darse en el contrato de seguro: las declaraciones conscientemente falsas y las maquinaciones fraudulentas; y refiriéndose a la cláusula de indisputabilidad es posible que la ley aceptara la renuncia anticipada a rescindir un contrato en el que ha habido falsas declaraciones por parte del contratante pero de ninguna manera sería válido considerar que se pudiera renunciar a impugnar un contrato en el que ha habido maquinaciones fraudulentas para obtenerlo.<sup>127</sup>

En cuanto a las falsas declaraciones del solicitante del seguro que inducen a error al asegurador, constituyen, indudablemente dolo, en el sentido del artículo 1815 del Código Civil y en cuanto dicho dolo es causa determinante del contrato de seguro, lo hacen anulable (art. 1816 del Código Civil) y en el supuesto de que el contrato sea anulable por dolo, este vicio no queda cubierto por la cláusula de indisputabilidad, ya que el artículo 1822 del mismo Código Civil establece expresamente que "no es lícito renunciar para lo futuro la nulidad que resulte del dolo o de la violencia".

---

<sup>127</sup> Cfr. MANTILLA MOLINA; Roberto. Op. Cit. Pág. 108.



No cabría aducir en contrario que la fracción IV del artículo 50 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro viene a establecer una excepción al principio consagrado por el precepto del Código Civil, en cuanto permite renunciar al derecho de rescisión por omisión o inexacta declaración y no de falsa declaración, cubre el caso de error en el consentimiento; pero no en el caso de dolo. Esto es la fracción IV del art. 50 no sirve de fundamento a una excepción al principio de que no es lícito renunciar para lo futuro la nulidad que resulte del dolo.

Mantilla y Molina agrega que, la ineficacia de la cláusula de indisputabilidad para cubrir el dolo del tomador del seguro no depende del tipo de cláusula empleado, es decir, la cláusula es insuficiente tanto en el caso de que establezca la indisputabilidad después de transcurrido cierto lapso de la celebración del contrato, como en la hipótesis de que se declare la indisputabilidad desde el momento en que se perfeccione; y es también independiente de que esté redactada en términos absolutos, o que haga expresa excepción para el caso de dolo.

No es posible sostener que en caso de indisputabilidad inmediata la cláusula es ineficaz porque supone una renuncia a la excepción de dolo, y en el caso de indisputabilidad diferida tiene validez, porque se limita a establecer un plazo de prescripción abreviada para el ejercicio de impugnación fundada en el dolo, pues no puede considerarse válido el pacto que abrevia la prescripción ya que ésta es una institución de orden público y las disposiciones legales a ella referentes, no pueden ser modificadas por la voluntad de los particulares, sino por la propia ley.

Tampoco puede considerarse convincente el argumento, empleado por algunas cortes de justicia de los Estados Unidos de América de que la cláusula de indisputabilidad a partir de la fecha de expedición no es válida para el caso de dolo, porque debe darse al asegurador alguna oportunidad de investigar su existencia y atacarlo, lo cual sólo sucede en la póliza cuya indisputabilidad no comienza a correr sino después de algún tiempo de la emisión de la póliza. Esta interpretación llevaría al absurdo de que tiene más eficacia la cláusula de indisputabilidad a partir del plazo posterior a la emisión de la póliza, que la cláusula que establece la inmediata indisputabilidad del contrato.<sup>128</sup>

Por otra parte, como ya quedó indicado, tampoco tiene influencia sobre la eficacia de la cláusula el que se indique expresamente que la indisputabilidad no se aplica a los casos de dolo, puesto que esta limitación no resulta de la voluntad de las partes, sino de una disposición imperativa de la ley, como lo es el artículo 1822 del Código Civil. En consecuencia, dígase o no, en la cláusula; la posibilidad de impugnar el contrato por causa de dolo siempre existirá, y por ello es preferible la redacción empleada en algunas pólizas mexicanas que dice se renuncian "todos los derechos que conforme a la ley son renunciables, para atacar de nulidad el contrato.

El citado autor por último nos dice que la hipótesis de que el dolo consista no en una falsa contestación al cuestionario preparado por la Compañía aseguradora, sino en

---

<sup>128</sup> Cfr. Ibidem. Pág. 110

maniobras para inducir al engaño a ésta; menos diversidad de opiniones causa sobre la imposibilidad de que queden amparadas por la cláusula de indisputabilidad, sólo de modo excepcional se ha llegado a sostener que la cláusula de indisputabilidad produce efectos aún en estos casos, y que el interés público queda suficientemente protegido por el Código Penal; sería en realidad absurdo que el hecho delictuoso diera lugar a la aplicación de una sanción penal y al mismo tiempo permitiera obtener el provecho que se habría buscado por su comisión.<sup>129</sup>

La seguridad que debe buscarse para los tenedores de buena fe es la de la cláusula de indisputabilidad en cuanto los pone a cubierto, de sus propios errores al solicitar el seguro; pero ninguna persona de buena fe puede aspirar a que se considere válido un contrato cuya celebración sólo se logró a través de maquinaciones fraudulentas.

La cláusula de indisputabilidad en ningún caso convalida el contrato obtenido por dolo y la mayor o menor gravedad de éste sólo podrá tener una influencia de hecho sobre la renuncia, posterior al descubrimiento del dolo, de la acción para impugnar el contrato y sobre la apreciación que sobre su existencia puedan hacer los tribunales; pero comprobado el dolo, cualquiera que sea su gravedad, deberá declararse la anulación del contrato.

Aquí, sólo resta enfatizar, que la cláusula de indisputabilidad es ineficaz cuando mediante dolo del solicitante de la póliza se ha inducido el consentimiento de

---

<sup>129</sup> Cfr. *Ibidem*. Pág. 110.

la compañía de seguros para otorgar la cobertura y comprometerse a no hacer valer ninguna causa de rescisión, ya que no tiene el alcance de extinguir el derecho a ejercitar la acción de nulidad proveniente del dolo, ya que la misma es irrenunciable.

## 2. APLICACIÓN TRADICIONAL DE LA CLAUSULA DE INDISPUTABILIDAD.

La cláusula de indisputabilidad, como ya hemos dicho, no significa sino que la compañía aseguradora renuncia a impugnar la validez del contrato celebrado, por lo que de ninguna manera tiene aplicación para la delimitación de los riesgos cubiertos por éste, o para las causas que, en lo futuro, puedan dar lugar a su rescisión; debe quedar claro que la expresión indisputable se refiere al litigio mediante el cual se pretende destruir la validez de una póliza, y no aquél cuyo propósito es exigir su cumplimiento.

De hecho consideramos que la razón de ser de la cláusula de indisputabilidad, es precisamente, la necesidad de certidumbre del asegurado frente a la posibilidad de invalidarse el contrato por invocación de vicios en el consentimiento del asegurador, su campo específico de aplicación es el de las inexactitudes de declaración del solicitante del seguro cometidas por el simple error de buena fe.

Sobre este aparatado el jurista Mantilla Molina señala que: "carece de fundamento invocar la cláusula de indisputabilidad en una cuestión esencial a la vida del contrato mismo, como es la extensión y determinación del

objeto, puesto que equivaldría a hacer valer un contrato no celebrado; por lo mismo, tampoco quedan dentro del alcance de la cláusula de indisputabilidad las circunstancias que pueden originar que un contrato, en principio válido, pueda ser rescindido por una de las partes; así las cláusulas, hoy en desuso, de que el seguro puede ser rescindido en caso de cambio de profesión del asegurado, de cambio de su residencia a un país insalubre, etc. son perfectamente compatibles con la cláusula de indisputabilidad."<sup>130</sup>

Resulta por lo tanto incongruente la redacción que en muchos casos se ha dado a la cláusula de indisputabilidad, al declararla válida mientras el asegurado esté al corriente en el pago de sus primas, pues la falta de pago de ellas provoca que los efectos del contrato cesen automáticamente (artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro); y no es motivo de invalidez originaria de la misma.

Tampoco es lógico incluir en la misma la restricción relativa al suicidio, ello es una delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador y al negarse el pago de la suma asegurada en caso de suicidio ocurrido en las situaciones previstas en la póliza, lejos de negar la validez de ésta se pretende aplicarla en sus términos.

En cambio, está perfectamente justificado el que se establezca en la cláusula de indisputabilidad la excepción relativa a la errónea o falsa declaración sobre la edad del asegurado, ya que ello influye sobre la validez misma del

---

<sup>130</sup> Ibidem. Pág. 111

contrato, y no significa una restricción a los riesgos cubiertos por el mismo.

Cuando la inexacta declaración determina en el asegurador un error que versa sobre la edad del asegurado, nuestra Ley dispone un tratamiento excepcional con respecto al que ella misma señala para la omisión o inexacta declaración, consideración excepcional que resulta menos rigurosa que la regla general, al permitir la rectificación de las condiciones del seguro conforme a la edad real en lugar de la anulabilidad que establece la última.

Conforme al artículo 160 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, tal inexactitud no da lugar a la aplicación rigurosa de la norma establecida en el art. 47, sino que la rescisión del contrato sólo es posible si la edad real al tiempo de su celebración está fuera de los límites de admisión fijados por el asegurador; y si no se da esta circunstancia, la inexactitud en la declaración de la edad sólo tiene como consecuencia una rectificación del importe del seguro, para hacerlo coincidir con el que corresponde a la edad real del asegurado, y a la prima efectivamente pagada por él. (Artículo 161 del citado ordenamiento).

De acuerdo con lo anterior, la cláusula de indisputabilidad no libera al contratante, asegurado, causahabiente o beneficiario, del cumplimiento de las obligaciones nacidas del contrato.

Más bien, la cláusula de indisputabilidad tiene como finalidad conservar la validez del contrato a pesar de los

vicios de que pudiera adolecer el consentimiento del asegurador.

Agrega el jurista Mantilla Molina que su ámbito de aplicación se encuentra en la invalidez del contrato causada por vicios del consentimiento del asegurador producido por irregularidades en la declaración del proponente, pero no todas las causales de invalidez contractual están comprendidas en el campo de aplicación de la cláusula, quedan fuera de éste: la incapacidad y la ilicitud, la primera no la puede oponer el asegurador y de nada serviría su renuncia, la segunda por ser de orden público no es susceptible de pacto en contrario; la forma no la mencionamos al no ser en México, el seguro, un contrato formal.

En cuanto a la ausencia de los vicios de la voluntad tenemos la violencia si bien de poca viabilidad en el contrato de seguro, es hipótesis que al no tener en la Ley Sobre el Contrato de Seguro un tratamiento específico que autorice (que resulta inconcebible) el pacto contrario a la oponibilidad de la misma, queda sujeta a la aplicación supletoria del derecho común.

Cuando se trata de error del asegurador, no obstante y ya sea por disposición de la ley o por convenirlo así las partes en las condiciones generales, cabe que se sustraiga del alcance de la cláusula el error del asegurador por razón de la materia sobre la que recaiga, en la práctica únicamente conocemos esta salvedad para el caso del error sobre la edad del asegurado.

La cláusula de indisputabilidad no será susceptible de oponerse para conservar el error del asegurador cuando favorezca al asegurado y en el que incurrió al elaborar la póliza.<sup>131</sup>

Es frecuente que en los seguros de vida que a la asunción de un riesgo principal acompañe la asunción accesoria de riesgos como el conocido con el nombre de doble indemnización y beneficios por accidente en virtud del cual se aumenta la cobertura el seguro principal en caso de fallecimiento por accidente, o se asume la obligación a pagar determinadas sumas conforme a una tabla correspondiente a ciertas lesiones accidentalmente causadas; o también como el seguro adicional de invalidación para cubrir la incapacidad total y permanente.

En México y por el carácter de tienen de cláusulas accesorias al contrato principal, formando parte de él; consideramos aplicables a estos seguros adicionales, las condiciones generales en la parte susceptible de aplicar y en la que se comprende la cláusula de indisputabilidad.

### 3. JURISPRUDENCIA EN MEXICO.

En este apartado de nuestro trabajo consideramos oportuno, hacer mención de la jurisprudencia que tiene relación con la cláusula de indisputabilidad, ya que al carecer de un articulado específico en la Ley Sobre el Contrato de Seguro

---

<sup>131</sup> Cfr. Ibidem. Pág. 113



que regule su funcionamiento, tenemos que acudir a la jurisprudencia para entender cabalmente su aplicación.

Entre las jurisprudencias que se relacionan de manera más importante con nuestro tema, encontramos las siguientes:

Séptima Época.

Instancia: Tercera Sala.

Fuente: Semanario Judicial de la Federación.

Parte: 175-180 Cuarta Parte

Tesis:

Página: 203

**SEGURO. NULIDAD POR VICIOS DEL CONSENTIMIENTO EN EL CONTRATO DE. ES APLICABLE SUPLETORIAMENTE EL CODIGO CIVIL DEL DISTRITO FEDERAL.-** El contrato de seguro es un contrato mercantil que se rige por la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y en defecto de disposición expresa en ésta, por el Código de Comercio, el que a su vez lo suple el Código Civil, de acuerdo con el artículo 81 del Código de Comercio; y como el contrato de seguro requiere necesariamente para su existencia que haya objeto y consentimiento, al no haber disposiciones expresas en la Ley Especial de Seguros, ni en el Código de Comercio sobre el elemento consentimiento, es claro que debe acudirse al Código Civil. Debe tenerse en cuenta que en el contrato de seguro la buena fe es elemento esencial para su celebración, y de allí se desprende la importancia que en un caso concreto puedan tener los vicios de la voluntad para otorgar un seguro; por ello, la Ley le otorga singular

trascendencia a las declaraciones que el solicitante de un seguro formula a la empresa aseguradora, declaraciones substanciales y que forman parte de los requisitos que determinan que ésta acepte o no celebrar el contrato de seguro, previendo la misma Ley Sobre el Contrato de Seguro una sanción rigurosa para el caso de que el solicitante declare falsamente, ya sea por error, omisión o dolo en términos de los artículos 1º, 8º y relativos de la propia Ley, y que consiste en la rescisión de pleno derecho del contrato, lo que no impide que pueda acudir al Código Civil para invocar la nulidad por los vicios del consentimiento que puedan existir en la celebración del contrato de seguro y que no estén perfectamente determinados en la Ley sobre el Contrato de Seguro. Y si el asegurado incurre en omisiones, falsas e inexactas declaraciones en sus solicitudes para obtener las pólizas de seguro, al no manifestar sus verdaderas actividades, y esa actitud dolosa determina que la aseguradora celebre el contrato influida por el error en que lo hace caer el asegurado, al provocar que tenga aquella una equivocada apreciación del riesgo que está asegurando, y al existir tal error en su voluntad, se encuentra en aptitud de invocar la nulidad del contrato de seguro. Así pues, en este punto sí es aplicable supletoriamente el Código Civil del Distrito Federal.

Amparo Directo 194/76. Seguros América Banamex, S.A. 2 de febrero de 1977. 5 votos. Ponente: J.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Ramón Palacios Vargas. Séptima Epoca. Cuarta Parte: Volúmenes 175-180, pág. 145. Amparo directo 8543/81. Frieda Borghardt Cisneros Vda. de Setzer. 5 de octubre de 1983. 5 votos. Ponente: J. Ramón Palacios Vargas.

NOTA: En la publicación original esta tesis apareció con la siguiente leyenda: "Véase: Séptima Epoca, Cuarta Parte: Volumen 71, pág. 39, 41 y 43."

Esta jurisprudencia comprende un punto importante de aclarar en lo que se refiere a las consecuencias de una omisión o falsa declaración por parte del solicitante de un seguro; por un lado la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece en su artículo 47 que la sanción consiste en la rescisión de pleno derecho del contrato; pero si analizamos el Código Civil apreciaremos que también es aplicable como sanción la nulidad cuando existan dichos vicios del consentimiento.

Esto en virtud de que si la empresa estableció la cláusula de indisputabilidad fenecido el término señalado por la misma, la compañía carecería de defensa en contra del dolo del contratante, quedando desprotegida lo cual iría contra cualquier norma de derecho; por lo que más bien debemos entender que si la compañía dejó transcurrir el período de disputabilidad y posteriormente tiene elementos para establecer una actitud dolosa del contratante puede ejercer su derecho y anular el contrato en términos del Código Civil toda vez que se está ante un vicio del consentimiento cuyas consecuencias son irrenunciables.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el mismo sentido se pronuncia la siguiente tesis:

Séptima Época.

Instancia: Tercera Sala.

Fuente: Semanario Judicial de la Federación.

Parte: 71 Cuarta Parte.

Tesis:

Página: 39

SEGURO, CONTRATO DE. DEBE EXISTIR BUENA FE EN LAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO.- Es incuestionable que un contrato de seguro, cuya formación e integración requiere para su validez de la buena fe de las partes, principalmente del asegurado cuyas declaraciones son la base de la contratación, pero también la del asegurador, al formular los cuestionarios respectivos; está afectado de nulidad por omisión, falsas o inexactas declaraciones del asegurado, toda vez que tales circunstancias vician el consentimiento de la parte aseguradora, en los términos de lo dispuesto por los artículos 1794, 1812, 1813 y 2230 del Código Civil Federal. Sin embargo, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en su artículo 47, dispone que, cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos que el solicitante está obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, conforme al cuestionario relativo, facultará a la empresa para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

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

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

Amparo Directo 4912/72, La Nacional, Compañía de Seguros; S.A. 6 de noviembre de 1974. Unanimidad de 4 votos. Ponente: Ministro Ernesto Solís López.

Esta tesis confirma lo señalado con anterioridad, las omisiones o falsas declaraciones producen la rescisión del contrato de seguro en términos de la legislación especial; pero de igual manera al tratarse de vicios del consentimiento producen la nulidad en términos de la legislación civil.

Sin embargo, desde nuestro punto de vista, consideramos que sólo se puede acudir a la aplicación de la legislación civil, cuando se trate de una actitud dolosa del contratante, que pudieran dejar en estado de indefensión a la compañía y cuando no queda ya la posibilidad de ejercer el derecho de rescindir el contrato (caso en el que exista cláusula de indisputabilidad) porque cierto es que tiene aplicación primaria la legislación especial sobre la general y que la Ley Sobre el Contrato de Seguro no remite de manera concreta a la legislación civil en caso de omisiones o inexactas declaraciones.

Sexta Época.

Instancia: Segunda Sala

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

Parte: XI, Tercera Parte

Tesis:

Página: 45

SEGURO, CONTRATO DE (EXAMENES MEDICOS). El contrato de seguro ha sido considerado como "uberrimae bonae

fide", por lo cual la Ley obliga al asegurado a declarar el riesgo al asegurador, puesto que la determinación de dicho riesgo constituye para el asegurador la consideración esencial del contrato, toda vez que en presencia de la proposición del asegurado, la compañía estará en posibilidad de apreciar el riesgo y saber si puede o no asumirlo, siendo por esto por lo que los tratadistas sostienen que la visita médica, que se lleva al cabo para protección de la compañía aseguradora, no exonera al asegurado de la obligación de declarar todas las circunstancias que puedan influir en el riesgo y tampoco puede favorecerle el error del médico que lo hubiere considerado como un riesgo aceptable.

Amparo en revisión 3577/57. José Manuel Longi Martínez y coags. 12 de mayo de 1958. 5 votos.  
Ponente: José Rivera Pérez Campos.

Esta tesis nos señala una circunstancia de gran importancia en nuestro tema, al enfatizar la importancia de las declaraciones del contratante, las cuales constituyen la base para la apreciación del riesgo por parte de la compañía; y por ello deben basarse en la extrema buena fe de las partes, esto independientemente de la realización del examen médico, en el cual no puede descargarse la obligación del contratante y dejar que sea el médico encargado de practicarlo, el que determine la posible falsedad u omisión de las declaraciones.



En el mismo sentido se pronuncia la siguiente tesis:

Sexta Época.

Instancia: Segunda Sala

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

Parte: LXV, Tercera Parte

Tesis:

Página: 28

SEGURO, CONTRATO DE. EXAMENES MEDICOS. No es cierto que el artículo 50 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, suprima la sanción de rescisión de pleno derecho, pues basta leerlo, para que sin mayor esfuerzo, se advierta que únicamente se limita a precisar, a través de sus fracciones II y III, los casos en que, a pesar de que se hayan omitido o declarado inexactamente los hechos, la empresa aseguradora podrá rescindir de pleno derecho los contratos. Ahora bien, como las dos fracciones del precitado artículo 50, no señalan ni limitan las fuentes de conocimiento a través de las cuales la empresa aseguradora conoce o debe conocer los hechos omitidos o inexactamente declarados, resulta obligado concluir que, el examen médico puede ser un medio para que la empresa aseguradora conozca o deba conocer tales hechos; pero de ninguna manera puede aceptarse que a través de dicho examen, la empresa aseguradora, necesariamente debe conocer o conoce los hechos omitidos o inexactamente declarados; pues con tal criterio, no solo se

limitaría el alcance de las dos fracciones del precitado artículo 50, sino que se obligaría a la aseguradora a depender fatalmente de la solvencia científica y moral de los médicos encargados de practicar el examen.

Amparo en revisión 446/62. Ma. Cristina Jayo Ceniceros y coagdos. 8 de noviembre de 1962. 5 votos. Ponente: Franco Carreño. Véase: Volumen XI, Tercera Parte, pág. 45.

De lo anterior podemos concluir que si bien el examen médico puede ser una herramienta para las compañías que les permita identificar omisiones o falsas declaraciones, no son sino las declaraciones del contratante las que determinan la apreciación del riesgo y las que constituyen la base para la contratación.

Sexta Epoca.

Instancia: Tercera Sala.

Fuente: Semanario Judicial de la Federación.

Parte: XXVIII. Cuarta Parte.

Tesis:

Página: 277

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SEGURO DE VIDA. NO ES NULO EL CONTRATO EN QUE SE PACTA, CUANDO SE DEMUESTRA QUE LA EMPRESA ASEGURADORA PROVOCO OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO.- El artículo 8°. De la

Ley sobre el Contrato de Seguro establece, que el proponente del seguro, deberá declarar por escrito, a la empresa aseguradora, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo de acuerdo con el cuestionario relativo, tal como los conozca o deba conocerlos, en el momento de la celebración del contrato. Es claro que se considerarán como importantes todos los hechos o las circunstancias susceptibles de influir en la decisión del asegurador, para aceptar el riesgo, o bien para hacerlo en determinadas condiciones, y es natural que en relación a ellos, se formulen las preguntas en el cuestionario respectivo, proporcionado por la aseguradora, que como experta y para su mejor protección, en su interés está señalar, cuáles son los datos que le importa conocer. Como el riesgo constituye el elemento esencial, en razón del cual la aseguradora se obliga, es claro que una exacta apreciación del mismo, es su interés primordial. De ahí que el asegurado tenga a su vez obligación de declarar; con rigurosa exactitud y veracidad, sobre lo que se le pregunte y la inobservancia de tal obligación está severamente sancionada, a grado tal, que en el artículo 47 de la Ley en cita, se previene, que cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos, comprendidos en el cuestionario, facultará a la empresa aseguradora, para considerar rescindido, de pleno derecho, el contrato, aunque no hayan influido, en la realización del siniestro. Pero una justa interpretación de este último precepto, impone entender, que tiende a proteger

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tanto al asegurador, como a los asegurados, al primero, para ponerlo a salvo de la dificultad de conocer numerosos datos singularmente importantes para definir su aceptación del riesgo y sus condiciones y a los segundos, para evitarles fáciles desconocimientos de los compromisos contraídos, de manera que así, respecto a estos últimos, la sanción opere cuando el juzgador encuentre una negligencia inexcusable o una ignorancia de mala fe, en las omisiones o declaraciones inexactas, atenta la condición de la persona de que se trate y seguramente así lo entiende la misma Ley, puesto que en su artículo 50 establece, que a pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora, no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos: I.- Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración. II.- Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no le ha sido declarado. III.- Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado. IV.- Si la empresa 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.

En el presente asunto, estimó la autoridad responsable, al igual que el Juez a quo, que estaba comprendido dentro de las salvedades o excepciones de la Ley, al considerar, que ante la redacción de las preguntas del cuestionario que contestó el asegurado, Licenciado García Besné, respondidas, con un simple sí o no, lo cual fácilmente se comprueba con sólo leer las que fueron objeto del debate o sea la 9.B y la 12, que a la letra dicen así: 9.B.- Ha tenido Ud. o ha sido tratado contra: alta o baja tensión, venas varicosas, dolor de pecho, respiración deficiente, palpitaciones u otra manifestación de enfermedad cardiaca? Respuesta: no. 12.- Ha sido Ud. Examinado alguna vez con Rayos X o con electrocardiógrafo? Respuesta: no.

De consiguiente, la estimación de la responsable sobre que por el tenor de las preguntas mencionadas, se ve que la compañía aseguradora provocó o dio lugar a la respuesta omisa o inexacta, pero involuntariamente, por el asegurado, es jurídicamente correcta. Como también lo es, con acierto, su consideración relativa a que por la información de su médico, por el examen que personalmente le hizo al Licenciado García Besné y al tenor del dictamen que le rindió antes de que optara por aceptar celebrar el contrato de seguro que le fue propuesto, se ve que la empresa conocía o debía conocer el hecho no declarado o inexactamente declarado, aludiendo al fundamental o de mayor importancia que era el de su estado físico, en relación con enfermedades del corazón. El médico examinador de la demandada, después de

haber reconocido ampliamente al proponente, le informó a aquélla (Pág. 27V) que no tenía "razón para creer que la información dada por el solicitante no es completa y sincera", recomendó "sin reservas la aceptación de este seguro", "los sonidos del corazón (son) perfectamente normales" no encontró "ningún síntoma del que deduzca que el solicitante ha padecido o padece de alguna enfermedad en: ...el corazón y los vasos sanguíneos". Además, el proponente no murió de alguna afección cardiaca, pues de las documentales ofrecidas por la parte reo, consta (Pág. 25v) que falleció de peritonitis generalizada.

Amparo Directo 5121/1958, La Interamericana, S.A. Resuelto el 16 de octubre de 1959, por unanimidad de cuatro votos. Ausente el Mtro. Rivera Silva. Ponente: Mtro. Ramírez Vazquez. Srio. Lic. Fausto E. Vallardo Berrón.

En esta tesis se está señalando la importancia de las declaraciones por parte del asegurado a través del cuestionario que formula la empresa aseguradora, el cual intenta brindar una doble protección por una parte para la compañía el conocimiento exacto del riesgo asumido y por otra parte de los asegurados de limitar sus declaraciones a lo que sea significativo para la delimitación del riesgo; cuando se producen omisiones o falsas declaraciones el contrato debe rescindirse, sin embargo el artículo 50 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece excepciones a esta rescisión de pleno derecho; y dentro de ellas debe destacarse la redacción

de ese cuestionario que puede provocar la omisión o inexacta declaración.

Por último, en las jurisprudencias que se han emitido hasta la fecha sólo existe una que señala expresamente el tema de la cláusula de indisputabilidad, y aunque el punto ya ha sido tratado en otro capítulo, consideramos oportuno incluirla en este apartado.

Séptima Época.

Instancia: Tercera Sala

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

Parte: 71 Cuarta Parte

Tesis:

Página: 41

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

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

Amparo directo 4912/72. La Nacional, Compañía de Seguros, S. A. 6 de noviembre de 1974. Unanimidad de 4 votos. Ponente: Ernesto Solís López.

#### 4. PROPUESTA DE MARCO JURIDICO.

Resumiendo lo señalado a lo largo de nuestro trabajo; la cláusula de indisputabilidad fue establecida por las compañías de seguros para brindar mayor seguridad y atracción a su público asegurado; las compañías a través de ese pacto renuncian a invocar los vicios de que pudiera adolecer su consentimiento a causa de declaraciones irregulares del asegurado respecto del riesgo, coincidiendo en que es preferible abstenerse de discutir la validez de las pólizas que son solicitadas de buena fe.

Al ser el contrato de seguro, un contrato basado en la información suministrada por el asegurado, se trata de evitar que la obligación de la compañía sea disputada después de que el asegurado muera, cuando con el transcurso del tiempo, los medios de prueba serían más difíciles, por lo que establece un período durante el cual la compañía se obliga a efectuar



todas las investigaciones precisas de buena fe, a fin de corroborar la información que le ha sido proporcionada.

Pero las declaraciones del asegurado no deben estar encaminadas a ocultar maliciosamente circunstancias agravantes sino más bien obedecen a negligencia excusable, por lo que la cláusula no es válida para la protección de la conducta dolosa sino de la derivada de la buena fe que se da sin la intención de obtener algún beneficio.

Así, la compañía se obliga a no oponerse al pago cuando la infracción se conoce después del plazo especificado o bien cuando no tomó las medidas para hacer valer la rescisión con lo cual se da certeza a los asegurados y protege a los beneficiarios de cualquier pleito para invalidarla.

Consideramos que lo anterior debe estar contemplado en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, regulando de manera expresa el funcionamiento de la cláusula a efecto de evitar las complicaciones que en la práctica se llegan a presentar por el desconocimiento que de ella se tiene.

En la actualidad, solamente en el artículo 50 de dicho ordenamiento, se menciona al establecer en su fracción IV, lo siguiente:

"ARTICULO 50.- 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;

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

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 aparece como una omisión."

Desde nuestro punto de vista, consideramos que la cláusula podría establecerse de manera más clara en el siguiente artículo:

*"ARTICULO 50-BIS.- Para los efectos de la fracción IV del artículo anterior, las compañías deberán establecer de forma expresa, en las condiciones generales del contrato de seguro, la cláusula de indisputabilidad, por la cual se entiende el pacto en virtud del cual la compañía se obliga a renunciar al derecho de rescindir el contrato por omisiones o falsas declaraciones una vez que han transcurrido dos años desde el inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación.*

*La empresa de seguros contará con un término de dos años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación para realizar las investigaciones necesarias sobre las declaraciones del contratante del seguro, a efecto de determinar si existen*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

omisiones o falsas declaraciones que puedan influir en la apreciación del riesgo.

Transcurrido dicho plazo la póliza se considerará indisputable, siempre que no haya existido dolo por parte del contratante, en cuyo caso la empresa aseguradora podrá hacer valer la nulidad del contrato, en términos de la legislación civil, la cual en este punto resulta supletoria."

Creemos que con la inclusión de este artículo se entendería el funcionamiento de la cláusula, además de que evitaría algunos de los problemas que en la práctica se ocasionan por no existir una uniformidad en la redacción de su texto.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.-** A pesar de que la legislación no prevé una definición precisa del contrato de seguro de vida, podemos considerar que a través de él, la empresa se obliga mediante una prima, a pagar una suma de dinero, al verificarse el riesgo en la existencia del asegurado, y tiene como principal característica que se trata de un contrato de capitalización y no de indemnización, ya que la suma asegurada es independiente de la necesidad patrimonial efectivamente sentida.

**SEGUNDA.-** El riesgo, elemento esencial de todo contrato de seguro, consiste en la posibilidad de un evento dañoso, y particularmente ese riesgo en el seguro de vida consiste en la posibilidad de muerte o en la superación en el tiempo de ese evento; es decir, en no envejecer o en que la muerte no suceda.

**TERCERA.-** El contrato de seguro de vida es un contrato por excelencia de buena fe, el proponente tiene la obligación de declarar por escrito todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato, de lo contrario incurrirá en omisiones o falsas declaraciones.

**CUARTA.-** El examen médico es un medio para que la empresa aseguradora conozca o deba conocer los hechos omitidos o inexactamente declarados, pero de ninguna manera puede aceptarse que a través de dicho examen, la aseguradora necesariamente deba conocerlos, es un elemento de análisis

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

para la aceptación de la propuesta de seguro e incluso para delimitar la cobertura que se dará y junto con la solicitud, se convierten en la base que tomará la compañía de seguros para decidir la aceptación de la oferta.

QUINTA.- El asegurado a través de la solicitud de seguro, da una autorización para que la compañía pueda investigar con los médicos o instituciones médicas que normalmente lo atienden, el estado de salud o posibles tratamientos de que ha sido objeto, ésta autorización es la base para que la compañía pueda realizar todas las investigaciones necesarias, a fin de comprobar lo dicho por el solicitante, la compañía tiene derecho a obtener toda la información que pueda influir en su decisión sobre la aceptación o rehusé de un riesgo, y si la información facilitada es falsa o incompleta el asegurador puede rescindir el contrato.

SEXTA.- La autonomía de la voluntad que rige en la celebración de contratos, en materia de seguros se refleja a través de las condiciones generales que regulan el contrato celebrado entre el asegurador y el tomador, y es en esa libertad de estipular que se da la renuncia de derechos, figura que en materia de seguros se presenta a través de la cláusula de indisputabilidad por virtud de la cual la empresa aseguradora de manera unilateral decide renunciar al derecho de rescindir el contrato por omisiones o falsas declaraciones del contratante, una vez que ha transcurrido determinado lapso.

SEPTIMA.- La cláusula de indisputabilidad reafirma esa buena fe en la que reposa el contrato de seguro y es

necesaria para asegurar la confianza del público en la institución del seguro de vida, es decir, es válida no para la protección de la conducta dolosa, sino para aquella derivada de la buena fe de las partes y que se da sin la intención de obtener un beneficio y será válida en el sentido de poner un término a las posibles molestias derivadas de la impugnación que la compañía pudiera realizar cuando el tiempo que la Ley le otorgaba para hacer las investigaciones necesarias sobre dicha información ha fenecido, por lo que su redacción debe limitarse a la renuncia a la rescisión por omisiones o falsas declaraciones.

OCTAVA.- El efecto principal de la cláusula de indisputabilidad es la obligación de la compañía de no oponerse al pago cuando la infracción se conoce después del plazo especificado o bien cuando conociéndola dentro del plazo no tomó las medidas necesarias para hacer valer la rescisión del contrato.

NOVENA.- Si las omisiones o falsas declaraciones que vierte el asegurado han sido realizadas de forma dolosa, no sería lícito establecer una renuncia a la rescisión que esto provocaría, en atención a lo que señala el Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 1822; al señalar que no es lícito renunciar para el futuro la nulidad que resulte del dolo o de la violencia, por lo que no quedaría cubierto por la cláusula de indisputabilidad ya que ésta resulta ineficaz para cubrir el dolo del tomador del seguro.

DECIMA.- La cláusula de indisputabilidad no libera al contratante, asegurado, causahabiente o beneficiario del cumplimiento de las obligaciones nacidas del contrato más

bien tiene como finalidad conservar la validez del contrato a pesar de los vicios de que pudiera adolecer el consentimiento del asegurador, su campo específico de aplicación es el de las inexactitudes de declaración del solicitante del seguro cometidas por el simple error de buena fe.

**DECIMO PRIMERA.-** Proponemos una reforma a la Ley Sobre el Contrato de Seguros, de manera que contemple expresamente la cláusula de indisputabilidad y regule su funcionamiento a efecto de evitar las complicaciones que en la práctica se llegan a presentar por el desconocimiento que se tiene de ella y de igual manera precisar que la cláusula no tiene el alcance de extinguir el derecho a ejercitar la acción de nulidad proveniente del dolo, ya que el mismo es irrenunciable.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ARAUJO AGUILAR, José. Seguros. Compañías. Inversiones. Mc Graw-Hill. México. 1997.
2. BAEZA PINTO, Sergio. El Seguro. 3°. Editorial Jurídica de Chile. Chile. 1994.
3. BEJARANO SÁNCHEZ, Manuel. Obligaciones Civiles. 3°. Harla. México. 1996.
4. BENÍTEZ DE LUGO, Luis. Tratado de Seguros. Vol. I y II. Instituto Editorial Reus. Madrid. 1955.
5. BOLDÓ RODA, Carmen. El beneficiario en el seguro de vida. José María Bosch Editor. Barcelona. 1998.
6. CARBONELL PUIG, Jordi. Los Contratos de Seguro de Vida. Bosch. España. 1994.
7. DE BUEN, Nestor. La Decadencia del Contrato. 3°. Porrúa. México. 2000.
8. DIAZ BRAVO, Arturo. Contratos Mercantiles. 6°. Harla. México. 1997.
9. ELIZONDO P., Jesús. Vigilancia y Diagnóstico en Aseguradoras de daños. Mancera. México. 1996.
10. GARRIGUEZ, Joaquín. Curso de Derecho Mercantil T. II. 9°. Porrúa. México. 1998.
11. GRECKE, Mark. Riesgo y Seguro. 3°. Mapfre. España. 1979.
12. GUTIERREZ Y GONZALEZ, Ernesto. Derecho de las Obligaciones. 7°. Porrúa. México. 1990.
13. HALPERIN, Isaac. Seguros. V. I. y II. 2°. Depalma. Buenos Aires. 1991.
14. JARAMILLO J. Carlos Ignacio. Estructura de la forma en el Contrato de Seguro. Temis. Bogotá. 1986.



15. KAMEN, Harry P. y TTOPETAS, William J. The Life Insurance Law of New York. Wiley Law Publications. New York. 1991.
16. KELSEN, Hans. El Contrato y el Tratado. Colofón. México. 1994.
17. MACLEAN, Joseph Brutherton. El Seguro de Vida. Continental. México. 1982.
18. MAGEE, John H. Seguros Generales. Tomo I. UTEHA. México. 1947.
19. MARTINEZ GIL, José de Jesús. Manual Teórico y Práctico de Seguros. 4°. Porrúa. México. 1998.
20. MEHR y Osler. Modern Life Insurance. MacMillan. New York. 1949.
21. MEILIJ, Gustavo Raúl. Manual de Seguros. Depalma. Buenos Aires. 1992.
22. MORANDI, Juan Carlos F. Seguros. Astrea. Buenos Aires. 1998.
23. PFEFFER, Irving, CLOCK, David R. Perspectivas del Seguro. Mapfre. España. 1974.
24. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Joaquín. Curso de Derecho Mercantil T.II. 24°. Porrúa. México. 1999.
25. RUIZ RUEDA, Luis. El Contrato de Seguro. Porrúa. México. 1978.
26. SALAS SUBIRAT, Jorge. Elementos para la Historia del Seguro de Vida. América. México. 1957.
27. SÁNCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús. La Institución del Seguro en México. Porrúa. México. 2000.
28. Seguros y Fianzas. 3°. Porrúa. México. 1994.
29. SS. HUEBNER KENNET, Blacke Jr. El Seguro de Vida. Mapfre. España. 1976.
30. STIGLITZ, Rubén. Cláusulas abusivas en el Contrato de Seguro. Abeledo Perrot. Buenos Aires. 1994.

31. STIGLITZ, Rubén. Derecho de Seguros. Tomo I. 2°. Abeledo Perrot. Buenos Aires. 1998.
32. VÁSQUEZ DEL MERCADO, Oscar. Contratos Mercantiles. 7°. Porrúa. México. 1997.
33. ZAMORA Y VALENCIA, Miguel Angel. Contratos Civiles. 5°. Porrúa. México. 1994.

#### OTROS

34. Diccionario Jurídico Mexicano del Instituto de Investigaciones Jurídicas. 7°. Porrúa. México. 1994.

#### REVISTAS

35. MANTILLA MOLINA, Roberto. La Cláusula de indisputabilidad. Revista de la Escuela Nacional de Jurisprudencia. Tomo III. Número 32. Oct.-Dic. UNAM. México. 1946.
36. El fraude en el Seguro. Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft. 1998. Alemania.

#### LEYES

37. Código Civil para el Distrito Federal.
38. Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
39. Ley Sobre el Contrato de Seguros.