



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLÁN



LA EVOLUCIÓN JURÍDICA DE LA INSTITUCIÓN
DEL SEGURO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN DERECHO

PRESENTA

CÉSAR OCTAVIO CONTRERAS MONTOYA

ASESOR: LIC. JULIO RAMÍREZ CHELA

FEBRERO, 2005



m. 341325

Este logro y esfuerzo es dedicado a:

Mi alma Mater y

Lic. Julio Antonio Ramírez Chelala

Profesor, asesor de tesis y amigo que me brindó su valioso tiempo
para hacer este trabajo

ÍNDICE GENERAL

	Pag.
INTRODUCCIÓN.	3
1.- CAPÍTULO PRIMERO. EL SEGURO Y SUS ANTECEDENTES.	5
1.1.- Antecedentes históricos del Seguro.	5
1.2.- Historia de la actividad de la institución del Seguro en México, desde 1821 hasta la época actual.	6
1.3.- La importancia del Seguro en el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá.	20
1.4.- Hacia donde va la institución del Seguro en México.	21
2.- CAPÍTULO SEGUNDO. LA INSTITUCIÓN DEL SEGURO EN MÉXICO Y EL CONTROL DEL ESTADO.	23
2.1.- El control estatal.	23
2.2.- Antecedentes históricos del control estatal en la Actividad Aseguradora.	24
2.3.- La Dirección General de Seguros y Valores de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.	30
2.4.- La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y sus antecedentes históricos.	33
2.5.- La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.	39
3.- CAPÍTULO TERCERO. EL CONTRATO DE SEGURO.	40
3.1.- Concepto y clasificación.	41
3.2.- Modos de contratación.	53
3.3.- La oferta.	56
3.4.- Perfeccionamiento del Contrato de Seguro.	59
3.5.- La póliza.	65
3.6.- La empresa aseguradora y las formas sociales que pueden practicar el seguro en México.	66
3.7.- Prohibiciones a las aseguradoras.	71

	Pag.
3.8.- Derechos y obligaciones de las aseguradoras.	72
3.9.- El riesgo.	73
3.10.- Los elementos personales y materiales del Seguro.	82
3.11.- Tipos de reservas.	90
4.- CAPÍTULO CUARTO. LAS OPERACIONES DE SEGUROS.	91
4.1.- Seguros de Personas.	91
4.1.1.- Seguro de Vida.	91
4.1.2.- Seguros de pensiones.	94
4.1.3.- Seguros por accidentes y enfermedades.	96
4.1.4.- Seguros de salud y gastos médicos	97
4.2.- Seguro de daños.	100
4.2.1.- Seguros de incendio.	101
4.2.2.- Seguros marítimos y de transporte.	104
4.2.3.- Seguro de Automóviles.	111
4.2.4.- Seguros agrícola y de animales.	114
4.2.5.- Seguro de Diversos.	116
4.2.6.- Seguros de responsabilidad civil y riesgo profesional.	119
4.2.7.- Seguro de crédito.	122
5.- CAPÍTULO QUINTO. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS .	125
6.- CAPÍTULO SEXTO. LA INSTITUCIÓN DEL SEGURO EN EL SIGLO XXI.	134
6.1.- Análisis y crítica de las modificaciones a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.	134
6.2.- Análisis y crítica de las modificaciones a la Ley sobre el Contrato de Seguro.	136
CONCLUSIONES.	143

INTRODUCCIÓN

La materia de seguros ha pasado a través de los estudiosos del derecho en nuestro país con poco interés, tan es así que en las aulas se conoce en una forma somera el contrato de seguro, así también, existen pocas obras nacionales que nos instruyan al respecto y hay que recurrir a libros argentinos, españoles, franceses, italianos y alemanes, para abundar sobre el tema.

Al vivir la sociedad en un constante desarrollo y evolución, tratando de encontrar un equilibrio y superávit económico, los gobiernos, a través de estrategias internas y tratados internacionales, haciendo de este mundo un conjunto globalizado, crean la necesidad de que la empresa aseguradora y las autoridades que regulan su ejercicio, estén a la par de esos cambios para ofrecer mayor seguridad, credibilidad y certeza ante los asegurados.

Es por eso que a través de esta tesis, en primer lugar se pretende dar a conocer los antecedentes históricos más significativos en la institución del seguro en el mundo a través de todas las épocas, para lograr un mayor entendimiento sobre la situación actual del mismo en nuestro país, así como los pensamientos que han influido en México para conformar las bases jurídicas que dan la pauta y normatividad a dicha institución.

En segundo lugar, se hará un extenso y claro estudio del contrato de seguro en todos sus aspectos, es decir, desde las características mismas del contrato, sus elementos esenciales, la gestación del contrato y las partes que intervienen en la empresa aseguradora para la creación de un producto.

En tercer lugar haré referencia sobre las operaciones del seguro, es decir, el tipo de seguros que existe de acuerdo a nuestra legislación actual y las peculiaridades de cada uno, así como los requisitos que exige la autoridad para operar cada uno de los ramos que posteriormente se abordarán.

En cuarto lugar se analizarán las posibilidades de solución ante los conflictos que se generan entre el asegurado y las compañías aseguradoras, así como los diversos tipos de procedimientos que existen en materia administrativa, desde una junta conciliatoria, hasta una controversia ante el órgano jurisdiccional competente.

En quinto lugar entraremos al estudio de las modificaciones realizadas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y a las de la Ley sobre el Contrato de Seguro a partir del día 16 de enero de 2002 a la fecha y el impacto que han causado en las empresas aseguradoras.

Como se puede observar a través de este documento pretende hacerse un instrumento que sea de utilidad para incrementar los conocimientos sobre la institución del seguro, que día a día cobra mayor importancia en nuestro país, creando una cultura en la actualidad desde la enseñanza primaria en los niños hacia la necesidad del seguro, siendo esta un área rica para su estudio y conocimiento, ya que no solo el derecho es una de las ramas más importantes de la materia, sino que también se interrelaciona con matemáticas, economía, finanzas, contabilidad, seguridad social, administración, conocimientos específicos y científicos en ciertas materias, etc.

Considero que el estudio de la institución del seguro a través de esta tesis se realiza en un momento de constantes cambios y de una gran apertura económica, donde las empresas buscan a toda costa ser líderes en el mercado, dando como resultado las grandes fusiones, situación que se ha propiciado desde la firma del tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá, hasta la más reciente y de mayor relevancia que es el tratado Comercial con la Unión Europea, y por otro lado el Estado busca las formas legales para crear seguridad jurídica tanto para el asegurado como para las empresas de seguros a través de mecanismos que lleven a una profesionalización en los conocimientos sobre la materia con la finalidad de tener una industria del seguro sana, sustentable y con operaciones claras y transparentes, ya que la finalidad del seguro es brindar protección a las personas y a sus bienes.

1.- CAPÍTULO PRIMERO

EL SEGURO Y SUS ANTECEDENTES

1.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SEGURO.

Es necesario establecer los antecedentes históricos de la institución del Seguro, en razón de que éste nació con el comercio, pues, al llevar a cabo esta actividad mediante la transportación de las mercancías, las mismas eran motivo de exposición de peligros como hundimiento, piratería y robo, ocasionando grandes pérdidas tanto materiales como humanas, creando la necesidad entre los propios comerciantes de unirse a través de mutualidades, a fin de protegerse de estas pérdidas y disminuir los riesgos a que se exponían creando al efecto fondos mismos que se formaban con las aportaciones de los integrantes de estos grupos o mutualidades. Cabe señalar que la palabra mutualidad se deriva del latín *mutuus*, y significa lo que es equivalente a la calidad o condición del mutuo, es decir, a lo que reciprocamente hacen dos o más personas.

La finalidad de esta mutualidad era la de hacer frente a los riesgos que amenazan a los integrantes de la misma, a través de la reciprocidad de los miembros que la integraban. A esta forma de organizarse en mutualidades la denomina el Licenciado Luis Ruiz Rueda de la manera siguiente: "Esta es un procedimiento económico para hacer frente a la consecuencia de que el riesgo (la eventualidad dañosa) se convierta en realidad y con ello se sufra la pérdida o daño. Este procedimiento llamado mutualidad, consiste en repartir entre un gran número de personas expuestas a un riesgo de la misma especie, las pérdidas o daños que sufrirán los pocos para quienes se realicen."

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

María Itzigsohn de Fischuan establece que después de la caída del imperio romano aparecen las "gildas medioevales" bajo la forma de instituciones de asistencia, las que se caracterizaban porque las primas no estaban en relación con las prestaciones. Los germanos tuvieron también organizaciones que disponían en forma similar de fondos para financiar sepelios, ciertas ceremonias del culto pagano o, en mayor escala, algunas operaciones similares. Estas manifestaciones se relacionaban más con un concepto de ayuda mutua que el contrato de seguro, tal como se entiende jurídicamente en nuestros días. Los estudiosos del tema están de acuerdo en que recién al finalizar la Edad Media comenzaron a formalizarse en algunas ciudades de España y de Italia, contratos de seguros similares a los actuales.

Agrega que el seguro marítimo surgió como consecuencia de la prohibición del derecho canónico del préstamo a la gruesa, a principios del siglo XII. En 1234, el Papa Gregorio IX, consideró que dicho préstamo implicaba usura. Para substituirlos se reemplazó el

La evolución de la Institución del Seguro en México

desembolso inmediato de una cantidad de dinero, por la indemnización que debía recibir el propietario del buque en el caso de que se produjeran los daños.

En Inglaterra, Dinamarca y especialmente en Alemania, las guildas tenían un carácter gremial e implicaba un compromiso de ayuda mutua en caso de incendio, robo y muerte de ganado.

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

Jorge Barrera Graf, establece que la expansión del comercio marítimo dio como resultado que se expidieran algunas leyes de naturaleza mercantil, señalando que una de las primeras que se dio en materia de seguros fue la Lex Rhodia de Jactu, de la Isla de Rodas. Pero prácticamente el seguro se inicia en la segunda mitad del siglo XVII, con el desarrollo del seguro terrestre y la empresa asegurativa.

Es en Londres la ciudad donde se da mayor impulso al seguro, siendo los cafés los lugares donde generalmente se concertaban las operaciones de aseguramiento, relacionadas casi exclusivamente con el comercio y la transportación marítima y con la creación de Lloyd's, constituida por disposición del Parlamento, como una compañía de seguros y reconocida hasta 1958, por el Gobierno británico.

Lloyd's de Londres, una de las empresas más importantes del mundo, fue constituida en el siglo XIV en una taberna de la misma ciudad, concurrida por marinos, prestamistas y comerciantes. Lloyd's aprovechó esas circunstancias para elaborar una estadística e investigar las probabilidades de pérdidas en los desplazamientos de riesgos de navegación, siendo así el primero en calcular estas perspectivas sobre bases semejantes al seguro científico. De ahí que la ciudad de Londres llegó a ser el centro de los contratos de seguros, y donde se expidieron las pólizas por comisionista que distribuían el riesgo entre grupos de comerciantes.

En cuanto al seguro de vida, se desarrollan las teorías de la probabilidad y la tabla de mortalidad, con lo cual se dieron pasos firmes, teniéndose noticias de la expedición de pólizas de seguros de vida en el siglo XVI, principalmente con motivo de préstamos, expidiéndose la primera póliza o contrato de esa clase en el año de 1583, sobre la vida de Williams Gibbons en la oficina de seguros de la Royal Exchange de Londres. El gran incendio de Londres ocurrido el 2 de septiembre de 1666, dio considerable impulso en la práctica del seguro contra el riesgo de incendio.

1.2.- HISTORIA DE LA ACTIVIDAD DE LA INSTITUCION DEL SEGURO EN MEXICO, DESDE 1821 HASTA LA EPOCA ACTUAL.

El desarrollo del seguro en México, de acuerdo a la clasificación realizada por Antonio Minzoni Consorti en su Crónica de Doscientos años del Seguro en México, se puede dividir de la siguiente manera:

PERIODO DE 1821 A 1891.

El autor Luis Ruiz Rueda establece que, no por influencia española, sino por natural herencia de la Madre Patria, al realizar México su independencia en 1821, conservó la

legislación propia que tenían cuando fue la Nueva España y que en materia mercantil, estuvo constituida por las Ordenanzas del Consulado de la Universidad de los Mercaderes de la Nueva España, confirmadas por el rey de España el 24 de julio de 1604, en las cuales ya se decía que, aunque entonces no había empresas aseguradas en este país, cuando llegaren a crearse sus operaciones deberían ser regidas por las Ordenanzas de Sevilla. Este período se caracteriza por la ausencia de control gubernamental sobre la actividad de seguros. Se ubica en la etapa comprendida entre la consumación de la independencia en 1821 y el año de 1891 en que se expide un tipo de legislación específica en materia de seguros.

En el transcurso de estos 71 años no se ejerció fiscalización o vigilancia del Estado sobre los aseguradores, toda vez que la preocupación del legislador se centraba en el contrato de seguro, sin establecer en forma específica requisito alguno para ejercer dicha actividad, por lo que cualquier persona, ya fuera física o moral podía considerarse, aun ocasionalmente, como asegurador. A pesar de que las Ordenanzas de México, establecieron que en materia de seguros serían aplicables supletoriamente las Ordenanzas de Sevilla y no obstante que al realizarse en 1680 la Recopilación de las Leyes de los Reinos de Indias, se dedicó el título 39 del libro IX a la reglamentación del seguro, inspirándose en las Ordenanzas de Sevilla, fueron las de Bilbao las que rigieron en la práctica y en las resoluciones del Consulado de la Nueva España.

En esa virtud durante este período el contrato de seguro estuvo regulado por, las Ordenanzas de Bilbao, publicadas y mandadas a ejecutar por cédula de 2 de diciembre de 1737, en ellas se autorizó y reguló por primera vez el reaseguro. Por lo que se refiere a los asegurados, se autorizaron los seguros terrestres, tanto por lo que corresponde al transporte de mercancías y demás efectos, como a las cobranzas o pago de cantidades "fiadas", esto es, lo que hoy se comprende en el moderno seguro de crédito. Asimismo, se prohibió el seguro sobre la vida humana, empero, los navegantes y pasajeros podían asegurar su libertad, mediante una cantidad destinada a pagar su rescate en caso de cautiverio.

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

El Código de Comercio Mexicano, expedido por decreto de 16 de marzo de 1854, promulgado el 16 de mayo iniciando su vigencia el 27 del mismo mes y año, siendo presidente de la República Antonio López de Santa Anna y conocido por Código de Lares, en atención a su autor, reglamentó los seguros de compañía, los de conducciones terrestres y los marítimos en el título VII de su libro segundo, dedicado a los Seguros de Conducción Terrestres y en la sección IV del título III de su libro tercero que aludió a los Seguros Marítimos.

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

El Código Civil para el Distrito Federal y Territorios de la República de la Baja California, aprobado por el Congreso Federal en el año en 1870, en su libro tercero, título XVII, capítulo II, reguló los diversos contratos de seguro, con excepción del marítimo, que se dejó sometido exclusivamente a las disposiciones del ordenamiento de comercio que en esa época aún no se había expedido. Es importante destacar que en su exposición de

motivos, por primera ocasión se invocó la técnica aseguradora como base imprescindible de todo contrato de seguro. Asimismo en la citada Exposición de Motivos se establecía lo siguiente: "El seguro, fundado en prudentes convenios y hábiles cálculos, somete a reglas casi ciertas las eventualidades y por medio de una contribución voluntaria y distribuida entre muchos, evita la ruina de un individuo y salva al mismo tiempo los intereses de otros ligados a los de aquél.

El 14 de diciembre de 1883, se reforma la Constitución de 1857, en la fracción X de su artículo 72, en el sentido de considerar al Congreso de la Unión como el único órgano facultado para legislar en materia de comercio en todo el país; por lo que, a partir de entonces la materia mercantil en México adquiere el carácter o naturaleza federal, y consecuentemente, el contrato de seguro se consideraba en este contexto, de conformidad a los presupuestos consignados en el artículo 682 del Código de Comercio; toda vez que en caso contrario su regulación se sujetaba a los términos del Código Civil de 1884, que reproducía setenta y siete artículos del ordenamiento anterior; el texto de ese precepto en comento, establecía: "El contrato de seguro es mercantil, si al estipularse se contienen estas dos circunstancias: que intervenga en calidad de asegurar un comerciante o compañía comercial que entre los dos ramos de su giro tenga el de seguros; y que el objeto de él sea la indemnización de los riesgos a que estén expuestas las mercancías o negociaciones comerciales.

El Código de Comercio de 1884, configuró el contrato de seguro como mercantil, de carácter federal y además como contrato civil, regido por los Código Civiles locales del Distrito y Territorios Federales y de los Estados, cuando esos contratos de seguros no llenaran los requisitos consignados en el referido artículo 682 del Código de Comercio, con independencia del contrato civil con carácter local por lo que se refiere al seguro de personas.

El Código de Comercio de 1889, mismo que fue promulgado el 15 de septiembre de 1889, para iniciar su vigencia el 1° de enero de 1890, tomó como modelos a los códigos español e italiano, a través de los cuales se recibe a su vez la influencia del estatuto primario francés vigente actualmente, estableció el criterio para determinar la mercantilidad del seguro, calificando como actos de comercio los contratos de seguros de toda especie, siempre que fueran celebrados por empresas. Contempló específicamente los seguros contra incendio, de transporte terrestre y sobre la vida, dejando abierta la posibilidad de que cualquier otra clase de riesgos provenientes de casos fortuitos o accidentes, fuera objeto de un contrato de seguro mercantil, siempre que lo pactado fuese lícito y apegado a la nueva legislación. Es de mencionar que el seguro marítimo fue objeto de una sección especial.

PERIODO DE 1892 A 1909.

En el año 1892, el Estado empieza a legislar de una manera integral sobre la actividad aseguradora, siendo presidente de la República el general Porfirio Díaz, se expidió la Ley Sobre Compañías de Seguros, en la que prevalecía el principio de libertad de operación, pero sujeto a ciertas medidas de control, entre las que destacaba la obligación de dichas compañías de publicar su situación financiera, a fin de permitir a quienes contrataban con ellas, tener garantía sobre los servicios que podían ofrecer. Esta ley no estableció requisito alguno para desempeñar la actividad aseguradora, exigía a las personas, físicas o morales, dedicadas a ella, acreditar ante la Secretaría de Hacienda haber cumplido los requisitos que el Código de Comercio establecía para los comerciantes, además de los contenidos en la ley especial, así como, tratándose de aseguradoras extranjeras, a tener

La evolución de la Institución del Seguro en México

un agente domiciliado en el país con poder suficiente, que las representara ante el público asegurado y las autoridades.

Para 1893, el seguro de vida era practicado por dos compañías mexicanas: "La Mexicana" y "La Fraternal", así como por siete agencias de empresas norteamericanas. Así, en 1897 uno de los primeros agentes de seguros que operaron en México, William B. Woodrow, fundó la primera empresa de seguros instalada en nuestro país, la Compañía General Anglo Mexicana de Seguros, S. A., dedicada al ramo de daños, suscribiendo los riesgos de transporte, incendio y diversos y cuya denominación actual es Banorte Generali. En 1901, L. E. de Neergaard, corresponsal del New York Life Insurance Co., concibió el proyecto de constituir lo que sería la primera sociedad de seguros sobre la vida con sede en el país, La Nacional, Compañía de Seguros sobre la Vida, S. A. Al año siguiente, 1902, apareció La Latinoamericana, Seguros de Vida, S. A., y, en 1906 se fundó La Latinoamericana, Mutualista, S. C., para 1908, se funda "La Veracruzana", para practicar seguros de incendio y transportes.

PERIODO DE 1910 A 1925.

Cabe destacar que dentro de este periodo, el día 25 de mayo de 1910, se promulgó la primera ley que en forma moderna, para aquella época, reglamentaba las operaciones de seguros sobre la vida en México, denominada Ley de Compañías de Seguros sobre la Vida, siendo sus aspectos más importantes los siguientes:

- 1) Que el seguro sólo podría ser practicado por empresas constituidas como sociedades anónimas o por mutualistas;
- 2) Que no podrían operar sino mediante autorización previa de la Secretaría de Hacienda.
- 3) Se hacia obligatoria la constitución e inversión de reservas técnicas y de previsión.
- 4) Se estableció la inspección oficial de acuerdo con el reglamento respectivo;
- 5) Las tarifas de primas y los documentos de contratación de los seguros deberían ser previamente aprobados por la Secretaría de Hacienda.
- 6) Se exigía a las empresas la publicación periódica de sus estados financieros.
- 7) Se estableció la organización de las compañías de seguros sobre la vida y su reglamento. Esta Ley además de reconocer al seguro de vida como una de las inversiones más interesantes del ahorro nacional, contenían innovaciones substanciales, aunque sólo por lo que respecta a las compañías que operaban en este ramo.

A esta ley, siguió su reglamento con modificaciones de 29 de marzo de 1926, pero los seguros de daños seguían sujetos solamente a la ley de 1892, con excepción de los seguros marítimos.

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

PERIODO DE 1926 A 1934.

En el año de 1926, se logró precisar y reglamentar el control que debía ejercerse sobre las operaciones de las instituciones aseguradoras toda vez que la inversión de las reservas determinadas por la ley y correspondientes a los riesgos asumidos en México derivados de primas cobradas en este país, se hacía casi totalmente en beneficio de las economías de los países donde tales empresas tenían su domicilio, sin ofrecer ninguna garantía más que puramente teórica a los intereses de los asegurados. Siendo Presidente de la República Plutarco Elías Calles, se expidió un decreto por el que se reglamentó el procedimiento de liquidación de las compañías de seguros sobre la vida. El 25 de mayo de ese mismo año, se promulgó la Ley General de Sociedades de Seguro, la cual constituyó el primer ordenamiento que reguló toda clase de empresas aseguradoras, extendiendo con esto el sistema de control estatal que ya existía para el seguro de vida. Esta ley exigió una mayor precisión técnica en los informes y las inspecciones; disminuyó el monto de capital inicial y del depósito, estableciendo que este último debería de efectuarse en el recientemente fundado Banco de México.

Es relevante señalar que a través de esta Ley se normó la forma de creación de las sociedades nacionales como las extranjeras, debiendo constituirse las primeras como sociedades anónimas o cooperativas, reforzando el nacionalismo en esta materia. También previó la existencia de sociedades mutualistas y entre sus requisitos dispuso que las compañías extranjeras estarían sujetas a las leyes mexicanas exclusivamente y a la jurisdicción de los tribunales de la República. Asimismo, dicho ordenamiento, estableció el seguro saldado después de tres años, e indicó que las pólizas debían contener cuadros de valores garantizados y el préstamo automático para el pago de primas en seguros de vida. Reguló un procedimiento conciliatorio ante el Departamento de Seguro, previendo la intervención de la junta arbitral, al no ser posible la conciliación.

En virtud de lo anterior, con motivo de la expedición del Código Civil para el Distrito y Territorios Federales de 1928 -vigente desde el 1° de octubre de 1932- se suprimió toda reglamentación del contrato de seguro no mercantil, es decir, no realizado por empresa.

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

En virtud del gran volumen de utilidades que obtenían las compañías aseguradoras extranjeras que salían del país, por decreto de 19 de noviembre de 1931, se modificó substancialmente la Ley de 1926, estableciéndose que esas empresas debían organizarse conforme a las leyes mexicanas, ser administradas por una mayoría de mexicanos y que el 55% de su capital también fuera nacional, con lo cual se logró la mexicanización de las empresas de seguros. Con la facultad conferida, el Presidente expidió diversos decretos en los que principalmente se legisla sobre el cálculo de las primas y de las reservas, las cuales deberían ser crecientes en relación con el tiempo para garantizar plenamente el monto de las obligaciones de las aseguradoras y estableció

el derecho del Estado para modificar las tarifas de primas cuando éstas tuvieran como base estadísticas extranjeras; señalando además la necesidad de crear nuevos tipos de seguros adecuados a las exigencias del desarrollo económico del país.

PERIODO DE 1935 A 1980.

En 1935 el seguro era practicado, en cuanto a instituciones mexicanas, en el ramo de vida, por las dos sociedades anónimas mexicanas establecidas en 1901 y 1906, antes mencionadas; por dos sociedades mutualistas, y en los ramos de seguros contra daños a la propiedad, por las dos sociedades mexicanas establecidas en 1897 y en 1908 igualmente ya mencionadas. Por lo que hace a organizaciones extranjeras, operaban dos agencias que practicaban el seguro sobre la vida y 45 agentes representantes también de empresas extranjeras que practicaban el seguro en los diferentes ramos de daños de propiedad.

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

- a) La "Ley Sobre el Contrato de Seguro", elaborada por el licenciado Manuel Gual Vidal, quien se dice se inspiró en gran parte en la Ley Federal suiza del contrato de seguro, de 2 de abril de 1908 y en la Ley francesa relativa al mismo contrato de 13 de julio de 1930. Esta Ley establecía las normas para la interpretación y adecuada aplicación de dicho contrato; consagró reglas y principios técnicos, como descripción de éste, antes y después de concluido el contrato; el de la exclusión legal de ciertos riesgos técnicamente no asegurables; el de las consecuencias de la mora del asegurado en el pago de las primas; así como el carácter imperativo de sus disposiciones. Como caso de excepción, dicho ordenamiento especificó que los seguros marítimos se regirían por el Código de Comercio, por lo cual, sólo les serían aplicables sus disposiciones en los que fueran compatibles.
- b) La "Ley General de Instituciones de Seguros", que dejó sentadas las bases para la verdadera mexicanización y el correcto funcionamiento de la industria aseguradora en México, la cual vino a establecer entre otros puntos:
 - 1) El control y la vigilancia técnica y administrativa de las instituciones aseguradoras por parte de la Secretaría de Hacienda que ejercía por conducto de sus oficinas de seguros y fianzas y de la Comisión Nacional de Seguros;
 - 2) Las bases para la organización y funcionamiento de empresas que como sociedades anónimas o como sucursales de empresas extranjeras, se establecieran y operaran en el país, clasificando las primeras en dos grupos: 1° las nacionales, es decir, aquellas en cuyo capital tenga mayoría el Estado; y 2°, las mexicanas, es decir, las que se constituyen con capital privado.

La evolución de la Institución del Seguro en México

- 3) Clasifica las operaciones de seguros en tres grandes ramos: I. Vida, II. Accidentes y enfermedades; y III Daños a la propiedad.
- 4) Ordena la Constitución de reservas técnicas para riesgos en curso; la de previsión para fluctuaciones de valores y desviaciones estadísticas y la correspondiente a siniestros pendientes de pago, protegiendo con esto los intereses del asegurado;
- 5) Reglamenta la inversión de dicha reservas, lo mismo que de su capital;
- 6) Prohíbe la práctica de cualquier operación activa de seguros en territorio mexicano, a cualquier persona que carezca de autorización expresa para operar como institución de seguros o en representación de una que lo esté para practicarlo en el país y contratar con empresas extranjeras los seguros que se requieran para la protección de personas o de intereses domiciliarios en el país.

Al conocer el contenido de dicha ley, las aseguradoras extranjeras se negaron (con excepción de una del ramo de vida) a acatar sus disposiciones. La empresa extranjera del ramo de vida que se rehusó a acatar la ley dejó de operar, dando motivo a la creación de una institución nacional de este ramo que absorbió la cartera de aquella, manteniendo en todo su vigor y fuerza los contratos de seguros celebrados por ella. Esa institución denominada "Seguros de México", fue quince años más tarde traspasada a intereses privados mexicanos, practicando seguros de daños y convirtiéndose en una empresa de operación mixta de vida y daños.

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

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

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

Asimismo en este año, se crea la Comisión Nacional de Seguros, mediante reglamento del Ejecutivo Federal de 28 de septiembre de 1946, por el que se le asignaron las

La evolución de la Institución del Seguro en México

funciones de inspección y vigilancia que correspondían a la Secretaría de Hacienda y se estableció su organización.

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

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

La reforma de 1951, fue en relación con la prohibición del ejercicio de la actividad aseguradora, precisando su extensión, alcance y efectos y además, para declarar inembargables los bienes en que estuvieran invertidas las reservas.

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

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

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

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

El 29 de diciembre de 1961 se promulga la Ley del Seguro Agrícola y Ganadero y se creó, por medio de la misma la Institución Nacional de Seguros, transfiriendo las funciones de Inspección y Vigilancia de las instituciones de seguros a la Comisión Nacional Bancaria, cambiando ésta su denominación por la de Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, expidiéndose su Reglamento el 9 de agosto de 1971.

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

La evolución de la Institución del Seguro en México

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

- a) En lugar de la autorización para funcionar como institución de seguros, se requiere en adelante la concesión del gobierno federal por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y
- b) Se establece el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

PERIODO DE 1981 A 1989.

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

- 1. Reforma a la estructura del sector asegurador, con el propósito de redefinir el papel que deben tener las entidades que integran el sector, entre otros puntos se estableció:
 - a) Un régimen de concesión para las instituciones de seguros, de conformidad con el carácter de servicio público asignado a esta actividad;
 - b) Se sujetó a las Sociedades Mutualistas de Seguros al régimen de autorización por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
 - c) Se adecuó el marco jurídico que regía la actividad de los agentes de seguros;
 - d) Se sujetó a autorización la actividad del ajustador y se fijaron las bases para expedir el reglamento respectivo.
- 2. Reformas al régimen de operación de las empresas aseguradoras:
 - a) Se adicionó entre los ramos que las empresas podían operar los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, cuando algunos adquieran una importancia tal que ameritara se les considerase como ramo independiente, además de mencionar el de responsabilidad civil como adicional en otros ramos;
 - b) Se señalan todas las operaciones que las aseguradoras podían realizar, tanto de seguro como de reaseguro y las análogas o conexas que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autorizara previa opinión de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros;

La evolución de la Institución del Seguro en México

- c) Se actualizaron los criterios técnicos en materia de reservas, tomando en cuenta la complejidad en las necesidades de aseguramiento y el creciente número de tipos de seguros que habían venido creándose;
- d) Se estableció la obligación para las instituciones de seguros de constituir una reserva de capital para fluctuaciones de valores, entre otros puntos.

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

- a) Se procuró ampliar y definir las funciones de inspección y vigilancia por parte de las autoridades del sector, manteniéndose las reglas de contabilidad, inspección y vigilancia, con algunas actualizaciones y adaptaciones para lograr una mayor eficiencia;
- b) Se indicaron de manera específica las operaciones que expresamente tenían prohibido realizar las Instituciones de Seguros;
- c) Se previó que tratándose de delitos cometidos por funcionarios o empleados de compañías de seguros, los mismos serían perseguidos por querrela de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

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

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

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

- a) Acuerdo presidencial de 15 de mayo de 1981, que ratifica que las Secretarías de Estado y Departamentos Administrativos y las entidades que componen la Administración Pública Paraestatal, deberán contratar con Aseguradora Mexicana, S. A., y Aseguradora Hidalgo, S. A., los seguros necesarios para el desempeño de sus actividades;
- b) El Reglamento de Agentes de Seguros, publicado el 24 de septiembre de 1981;
- c) El Reglamento de la Ley del Seguro Agropecuario y de Vida Campesino, que entró en vigor el 29 de junio de 1982.

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

La evolución de la Institución del Seguro en México

conforme a los principios constitucionales y acatando las formalidades esenciales del procedimiento.

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

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

Se establecieron reglas para operaciones de seguro y reaseguro en moneda extranjera celebradas por instituciones y sociedades mutualistas de seguros del país, expedidas éstas en mayo de 1983.

Por decreto de 20 de diciembre de 1984, y publicado en el Diario Oficial de la Federación del 14 de enero de 1985, se realizaron algunas modificaciones a la Ley General de Instituciones de Seguros en lo que respecta a la ampliación de las operaciones de vida y se establecieron reglas respecto al cálculo de las reservas por riesgo en curso.

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

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

PERIODO DE 1990 A 1999.

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

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

La evolución de la Institución del Seguro en México

- b) Se autoriza a las instituciones de seguros, a realizar operaciones de reafianzamiento;
- c) A las instituciones autorizadas para practicar exclusivamente el reaseguro, se les autorizó para realizar operaciones de reafianzamiento;
- d) Se autorizó, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la participación de capital extranjero en el capital pagado de las instituciones aseguradoras mexicanas, siempre y cuando se tratara de entidades aseguradoras, reaseguradoras, afianzadoras del extranjero y a personas físicas o morales extranjeras o agrupaciones de las mismas, aclarándose que la inversión mexicana siempre tendría que ser mayoritaria, manteniendo la facultad de determinar el manejo de la institución y su control previsto en el capítulo de servicios financieros.

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

De entre los puntos sobresalientes de esta reforma, se estableció entre otros, que:

- a) Las instituciones de seguros podrán ser constituidas como sociedades de capital fijo o variable, debiendo contener un capital mínimo para cada operación y ramo que se les haya autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- b) Se establecieron nuevos lineamientos en lo que se refiere al trámite de los juicios arbitrales que se ventilarán ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y en relación a la constitución e inversión de la reserva específica para obligaciones pendientes de cumplir.
- c) Se definió el término de "operación activa", entendiéndose por ésta: "cuando una persona asume un riesgo cuya realización dependa de un acontecimiento futuro e incierto, a cambio de que otra le cubra una suma de dinero, obligándose quien asume el riesgo, cuando se produzca éste, a resarcir el daño de manera directa o al pago de una suma de dinero". Asimismo se establece que: "no se considerará operación activa de seguros la comercialización a futuro de bienes o servicios, cuando el cumplimiento de la obligación a futuro de bienes o servicios, cuando el cumplimiento de la obligación de un acontecimiento futuro e incierto, se satisfaga con recursos e instalaciones propios de quien ofrece el bien o el servicio y sin que se comprometa a resarcir algún daño o a pagar una prestación en dinero" (artículo 3º, segundo párrafo de la L.G.I.S.M.S.)
- d) Se modificaron y adicionaron las sanciones por las infracciones previstas en la citada ley.

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

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de enero de 1997, se modificaron algunos artículos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

De esta reforma se desprenden, entre otros, los siguientes puntos:

- a) Se consideró para efectos de esta ley que se realiza una operación activa de seguros cuando, en caso de que se presente un acontecimiento futuro e incierto, previsto por las partes, una persona, contra el pago de una cantidad de dinero, se obliga a resarcir a otra un daño, de manera directa o indirecta o a pagar una suma de dinero;
- b) Se realizó una nueva clasificación de las operaciones de seguros.
- c) Se incluyó dentro de las operaciones que pueden realizar las instituciones de seguros la de invertir en el capital de las administradoras de fondos para el retiro y en el de las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro, en los términos de la legislación aplicable, actuar como comisionista con representación de empresas extranjeras para efectos de lo previsto en la fracción III, inciso 2) del artículo 3° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros;
- d) Se creó el artículo 52 bis que establece la creación de reservas técnicas cuando se operen seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social.
- e) Se creó el artículo 52 bis-1 que establece, para las instituciones de seguros autorizadas para operar los seguros de personas derivados de las leyes de seguridad social, la constitución de un fondo especial, a través de un fideicomiso, cuya finalidad será contar con recursos financieros que, en caso necesario apoyen el adecuado funcionamiento de los seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social;
- f) Se derogaron y modificaron algunos párrafos del artículo 135 de la citada ley en lo que se refiere al procedimiento conciliatorio y arbitral ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas;
- g) Se creó el artículo 135 bis que establece el procedimiento para el caso de que la empresa de seguros no cumpla con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles éstas.
- h) Se creó el artículo 147 que establece las multas que se impondrán a los consejeros, comisarios, directores, funcionarios o empleados de un intermediario de reaseguro.

Por lo que se refiere a las reformas que sufrió con motivo de las rentas vitalicias son de mencionar las siguientes:

- a) El artículo 7° párrafo tercero, estableció la exclusividad de objeto de aquellas aseguradoras que se dediquen a contratar seguros que tengan como base planes de pensiones o de supervivencia derivados de las leyes de seguridad social;
- b) El artículo 8° fracción I y I bis, por lo que se refiere a las operaciones de seguros que pueden realizar las aseguradoras, se agregaron los planes de pensiones o de supervivencia relacionados con la edad, jubilación o retiro de personas, derivados de las leyes de seguridad social o bajo esquemas privados;

La evolución de la Institución del Seguro en México

- c) El artículo 47, fracción I bis, estableció la constitución de reservas de los seguros de pensiones derivados de la seguridad social;
- d) El artículo 47, párrafo último, facultó a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para que, por medio de reglas de carácter general, determinara las tablas de mortalidad, invalidez, morbilidad y sobrevivencia, así como la tasa máxima de interés compuesto;
- e) El artículo 50 fracción I, inciso e), creó la constitución de reservas para obligaciones pendientes de pago de los seguros derivados de la seguridad social;
- f) El artículo 52 bis, creó reservas adicionales que las aseguradoras autorizadas para operar seguros de pensiones derivados de la seguridad social, deberían constituir;
- g) El artículo 52 bis-1, estableció reglas del fondo global de contingencia;
- h) El artículo 61, fracción III, párrafo último, estatuyó el régimen especial de inversión para las reservas de los seguros derivados de la seguridad social;
- i) El artículo 81, fracción I, excluyó a las sociedades mutualistas de la operación de los seguros derivados de la seguridad social;
- j) El artículo 129 consideró a los pensionados como acreedores con privilegio especial;
- k) El artículo Décimo Noveno del decreto publicado el 23 de mayo de 1996, señaló que el período de transición para la creación obligatoria de instituciones de seguros de vida, autorizadas en exclusiva para operar los seguros de pensiones derivados de la seguridad social, vencerá el 1° de enero de 2002.

Mediante Diario Oficial de la Federación del 18 de enero de 1999, se publica la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, misma que es reformada mediante publicación del 5 de enero de 2000, ley que crea a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, Comisión que tendrá por objeto, de acuerdo a la exposición de motivos de la citada Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, promover, proteger y defender los derechos por las entidades financieras, procurar crear una cultura en esta materia a los usuarios citados, para que puedan decidir con mayores y mejores elementos, las decisiones relativas a las contratación de servicios financieros.

Respecto a esta última Comisión nos referimos más adelante. Por Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1999, se modificaron algunos artículos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. De esta reforma destacan los siguientes puntos:

- a) Se confiere el carácter de interés público a la ley teniendo por objeto regular la organización y funcionamiento de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros; las actividades y operaciones que las mismas podrán realizar; así como las de los agentes de seguros y demás personas relacionadas con la actividad aseguradora, en protección de los intereses del público usuario de los servicios correspondientes.

La evolución de la Institución del Seguro en México

- b) Regular la activación de las empresas de medicina prepagada que ahora se les considerará como instituciones especializadas de seguros, de manera que ya no podrán dar más servicio si no se constituyen como compañías de seguros;
- c) Se precisan aspectos, regulación de reservas y márgenes de solvencia;
- d) Excluye la participación de funcionarios públicos en compañías de seguros.
- e) Se agiliza el sistema de apremio y de multas;
- f) Se modifica el segundo párrafo del artículo 23 de la citada ley, estableciéndose entre otros aspectos que la intermediación de contratos de seguro que no tengan el carácter de contratos de adhesión, está reservada exclusivamente a los agentes de seguros.

Con esto último se destaca la exclusividad para los agentes de seguros en aquellos contratos que no tengan carácter de adhesión (definidos en el artículo 36 B, de la Ley) y la apertura para los casos que sí tengan carácter de adhesión, para personas morales de cualquier índole, mediante contratos de servicios previstos en el artículo 41 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

1.3.- LA IMPORTANCIA DEL SEGURO EN EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO CON ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ.

El Tratado Trilateral del Libre Comercio (TLC) o North American Free Trade Agreement (NAFTA), se firmó en la ciudad de San Antonio Texas, en los Estados Unidos de Norteamérica el día 7 de octubre de 1992, habiendo sido ratificado por los poderes legislativos de los tres países, Estados Unidos, Canadá y México, entrando en vigor el 1° de enero de 1994. Los objetivos de éste son los siguientes:

- a) Eliminar barreras al comercio;
- b) Promover condiciones para una competencia justa;
- c) Incrementar las oportunidades de inversión;
- d) Proporcionar protección adecuada a los derechos de propiedad intelectual;
- e) Establecer procedimientos efectivos para la aplicación del tratado.
- f) Solución de controversias;
- g) Fomento de la cooperación unilateral, regional y multilateral.

El inicio de las negociaciones del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, entre los países involucrados, se llevó a cabo, primero, en la reunión ministerial celebrada en Toronto, Canadá, el día 12 de junio de 1991. En esta reunión los equipos negociadores llegaron a los siguientes acuerdos:

- I. Determinaron seis grandes áreas de negociación; acceso a mercados, reglas de comercio, servicios, inversión, propiedad intelectual y soluciones de controversias;

- II. Establecieron 17 grupos de trabajo para la negociación de los cuales dos eran los dedicados a servicios financieros y a servicio de seguros;
- III. Acordaron un calendario de fechas en las que se reunirían los grupos de trabajo.

En lo que respecta a los servicios financieros, el tratado establece un enfoque integral sustentado en principios sobre las disposiciones gubernamentales que regulan la prestación de servicios financieros, tomándose medidas que afectan la prestación de servicios por instituciones financieras de banca, seguros, valores y otros servicios financieros, dejando a cada país definir sus compromisos específicos de liberación, los periodos de transición para apearse a los principios acordados y algunas reservas a dichos principios. Entre los servicios financieros, se contempla el trato que se dará al sector asegurador y que será el siguiente: las aseguradoras de Canadá y Estados Unidos podrán tener acceso al mercado mexicano de dos maneras:

- a) Las compañías asociadas con Aseguradoras Mexicanas (son actualmente seis las estadounidenses: Metropolitana Life, Chubb Internacional, Atenía Internacional, American International Group-Aig, Cigna y New York Life, no existiendo presencia de canadienses) podrán incrementar en forma gradual su participación accionaria en la sociedad en conversión, de 30% en 1994, a 51% en 1998 y hasta alcanzar 100% en el 2000;
- b) En segundo lugar, las aseguradoras de Canadá y Estados Unidos podrán constituir filiales sujetas a un límite agregado del 6% de participación máxima en el mercado, participación que aumentará paulatinamente hasta 12% al término de 1999 y un límite individual del 1.5% del mercado;
- c) De manera adicional, las compañías de Canadá y Estados Unidos hoy asociadas con aseguradoras mexicanas podrán incrementar su participación accionaria hasta 100% en dichas compañías a partir del primero de enero de 1996,
- d) A la entrada en vigor del TLC, las sociedades prestadoras de servicios auxiliares y de intermediación en seguros podrán establecer filiales sin límite de participación.

1.4.- HACIA DONDE VA LA INSTITUCIÓN DEL SEGURO EN MÉXICO.

El seguro se ha modernizado, transformándose en un complejo sistema, mediante la suscripción, operación y el reaseguro, volviéndose más competitivo en función de las necesidades del usuario y adaptándose a las tendencias internacionales de la materia.

La industria de los seguros fue desregulada en su mayor parte en 1990 y desde entonces, el mercado está abierto a la inversión extranjera. El volumen total de primas pasó de 2,815 mdd, a 6,291 mdd entre 1990 y 1998. El número de aseguradoras aumentó de 43, a más de 65.

Por otro lado, se ha establecido que el mercado de los seguros mexicanos adolece de un considerable bajo desarrollo. La penetración de los seguros es la más baja de la seis economías más importantes de América Latina. Como ya se estableció, únicamente 1.55 del PIB se destinó a los seguros en 1998. Los seguros de vida representan el 40% del total de primas. Los seguros de no-vida se hallan especialmente rezagados en comparación con otros países latinoamericanos, pese al elevado riesgo que corre México, de sufrir catástrofes naturales como terremotos y huracanes.

En relación al reaseguro, México, así como otros mercados emergentes, requieren de reaseguro en mayor medida que los mercados industrializados de E.U.A. y de Europa Occidental. Las compañías de seguros mexicanas cedieron 31.8% de las primas directas de daños a los reaseguradores y 7.2% en seguros de vida y de enfermedades en 1997. El promedio de cuotas de cesión a nivel mundial ascendió a 14% en daños y a 1.5% en vida y enfermedades. Los motivos de esta demanda de reaseguro relativamente alta en los países emergentes, se hallan, por un lado en la capitalización, en ocasiones inferior a la de los aseguradores en países industrializados y, por otro, en ramos suscritos con predominio de riesgos industriales y empresariales. Dado que estos ramos se caracterizan por una mayor cesión en reaseguro, las cuotas totales de cesión son más altas. Además, el elevado riesgo de catástrofes naturales en México requiere de apoyo de los reaseguradores. Durante el periodo de 1990 a 1997, las primas cedidas crecieron en promedio 6.5% anual en daños y 12.5% en vida, en términos reales. Superando en mucho el aumento del seguro directo del 3.8% anual en daños y el 6.3% en vida. En el ramo de daños el crecimiento promedio anual aumentó fuertemente a principios de esta década, mientras que en los últimos años bajaron las primas tanto en seguro directo como en reaseguro. Esto se justifica por la fase actual de mercado blando a nivel internacional.¹

¹ Primer Congreso Panamericano de Derecho de Seguros. Pag. 75

2.- CAPÍTULO SEGUNDO

LA INSTITUCIÓN DEL SEGURO EN MÉXICO Y EL CONTROL DEL ESTADO.

2.1.- EL CONTROL ESTATAL .

En términos prácticos, el contrato de seguro no lo contiene todo; siempre quedan circunstancias no previstas o cláusulas susceptibles de interpretación, donde debe intervenir la buena fe de acuerdo a las bases legales vigentes, por lo que es una necesidad real que el contenido del contrato sea conocido y aprobado por quienes tienen a su cargo el funcionamiento de las instituciones económicas, que de ese modo protegen al público y lo representan ante los profesionales aseguradores. Existe el riesgo de que sea insuficiente y ponga en peligro la existencia misma de la empresa que presta el servicio, o de que sea excesivo y constituya fraude. Por la misma razón, la responsabilidad de que el precio del seguro sea correcto debe recaer en un organismo neutral, cuya situación en la red general de información le permita valorar las tasas de primas que las entidades aseguradoras perciben por su servicio o, al menos tener algún poder de supervisión y análisis sobre ellas.

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

- a) Exigir el cumplimiento de las leyes vigentes en cada momento por parte de quienes intervienen en el mercado asegurador: aseguradoras, agentes, entre otros;
- b) Conocer constantemente la situación económica-financiera de las entidades que actúan en el mercado;
- c) Detectar y corregir las situaciones irregulares y las anomalías que comprometan la solvencia de las entidades;
- d) Procurar que la actuación técnica de las entidades se base en principios actuariales, estadísticas y cálculos correctos;
- e) Elaborar informes y estadísticas que reflejen la situación y constituyan una guía para cuantos trabajan en él.²

² Historia, Presente y Futuro del Derecho de Seguros, México, pag. 117

2.2.- ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CONTROL ESTATAL EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.

PERIODO DE 1854 A 1909.

Dentro del siglo XIX encontramos los primeros antecedentes históricos de un organismo gubernamental apto para supervisar la labor de las pocas instituciones de seguros que operaban en el país. El Código de Comercio de la ciudad de México, de 16 de mayo de 1854, conocido como "Código Lares" por la influencia que tuvo en su estructuración el ministro del gobierno del General Antonio López de Santa Anna, don Teodosio Lares, en sus artículos relacionados con la actividad aseguradora (seguros de conducciones terrestres y seguros marítimos), habló de la presencia de un funcionario del gobierno autorizado, y por lo tanto responsable de otorgar "contratos de seguros" tratándose de los "agentes consulares", cuya autorización era solamente para la "celebración de contratos de seguros en las plazas de comercio de sus respectivas residencias", siempre y cuando que alguno de los contratantes fuera mexicano, dichas pólizas tendrían igual fuerza como si se hubieren hecho con intervención de un corredor en territorio mexicano.

Bajo el imperio de Maximiliano en el año de 1865 se expidieron los estatutos para el establecimiento de instituciones de seguros, regulándose un capítulo IV denominado "de la inspección" dentro del estatuto de "La Previsora Compañía de Seguros Mutuos Contra Incendios", que establecía entre otras disposiciones las siguientes:

"ARTÍCULO 199.- La autoridad suprema nombrará al interventor que inspeccione y vigile el cumplimiento de estos estatutos en pro del mejor servicio público dándole cuenta de todo lo que a juicio del mismo deba ponerse en su conocimiento.

ARTÍCULO 200.- El interventor percibirá un sueldo de dos mil pesos mensuales pagados por la compañía.

ARTÍCULO 202.- El interventor obrará en todo de acuerdo con las instrucciones que recibiere de la autoridad"

En el estatuto de la "Bienhechora, Compañía de Seguros Mutuos Sobre la Vida, en la fracción IV " Del interventor", se regulaba:

"ARTÍCULO 102.- El interventor será nombrado por la autoridad suprema;

- I. Imponerse de todas las operaciones de la administración;
- II. Examinar las cuentas del establecimiento;
- III. Velar la fiel observancia de los estatutos;
- IV. Cuidar de la formación de fondos de las Asociaciones;
- V. Autorizar la repartición de capitales e intereses entre los asociados;
- VI. Vigilar la inversión que se le dé a los fondos mencionados;
- VII. Presidir la Junta General;
- VIII. Presidir el Consejo de Vigilancia;
- IX. Votar en la Junta General y Consejo de Vigilancia, en caso de empate;

La evolución de la Institución del Seguro en México

ARTÍCULO 104.- El Interventor visará toda liquidación de las asociaciones y las particulares de los asociados;

ARTÍCULO 105.- El Interventor firmará todas las actas de las juntas Generales y las del Consejo de Vigilancia;

ARTÍCULO 106.- El Interventor informará al Gobierno Supremo sobre lo relativo a la compañía mensualmente, y en los términos que el mismo gobierno se sirva determinarlo;

ARTÍCULO 107.- El Interventor será pagado por la compañía;

ARTÍCULO 108.- Se asigna al interventor un sueldo anual de dos mil pesos.”

En el estatuto de “El Porvenir compañía de Seguros Sobre la Vida” y la “Mexicana Compañía de Seguros Mutuos Contra Incendio”, existía un capítulo referente a la intervención del gobierno donde se le daban facultades para:

“a) inspeccionar y vigilar todas las operaciones de las compañías, y

b) presidir sin voto la Junta General”.

Los libros y demás documentos de la compañía estarían a disposición del interventor para su examen.

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

En el mes de octubre de 1904 se creó el Departamento de Inspección General de Instituciones de Crédito y Compañías de Seguros.

PERIODO DE 1910 A 1946.

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

En el citado capítulo IV, “De la vigilancia de las compañías”, se establecía:

“El departamento de seguros además de las atribuciones y obligaciones especiales que el reglamento de labores de la Secretaría de Hacienda y Crédito le confiera, tendrá las siguientes:

- I. Estudiar los negocios oficiales referentes a seguros y dar su opinión al Secretario de Hacienda acerca de ellos;
- II. Ejercer la vigilancia sobre las compañías respectivas a fin de que su explotación se haga de acuerdo con las prescripciones legales;
- III. Iniciar todo lo que tienda a hacer más eficaz la vigilancia del gobierno sobre las compañías de seguros y garantizar los intereses del público;
- IV. Acopiar datos para la formación de la tabla mexicana de mortalidad y sus rectificaciones periódicas;

- V. Proponer la forma en que deban rendir y publicar las compañías sus informes anuales, cada vez que por disposición de la Secretaría de Hacienda se altere la fijada.
- VI. Llevar un registro en que consten las condiciones de cada compañía u oficina que visite;
- VII. Informar anualmente al Secretario de Hacienda acerca de las operaciones y estado de las compañías de seguros que operan en el país, incluyendo las que hayan sido declaradas en estado de quiebra, y sobre cualquier otra clase de datos que muestren los procedimientos del departamento de seguros, así como las condiciones de negocios de seguros en México;
- VIII. Proponer la aprobación o reforma de los proyectos de pólizas, tarifas de primas y prospectos de las compañías;
- IX. Vigilar la recaudación del impuesto que grava las operaciones de seguros;
- X. Comprobar que el capital social, o el de fundación en su caso, de las compañías ha sido exhibido e invertido conforme a la ley.
- XI. Comparecer, cuando proceda, en el otorgamiento de las escrituras de venta, cancelación de hipotecas, arrendamiento por más de veinte años de bienes afectos a las reservas para manifestar su conformidad.
- XII. Comprobar la exactitud y legalidad en la inversión de las reservas de las compañías y exigirles el informe anual que estas últimas deben rendir.
- XIII. Registrar en un libro especial las autorizaciones que conceda esta Secretaría a las compañías;
- XIV. Opinar verbalmente o por escrito acerca de las consultas que le hagan las compañías o los particulares sobre asuntos de seguros;

ARTÍCULO 37.-El Departamento Especial de Seguros se compondrá de un jefe, un actuario de seguros y los inspectores y demás empleados que señale el Presupuesto de Egresos.

ARTÍCULO 38.-Ningún empleado del departamento de seguros podrá ser accionista ni deudor de una compañía de seguros, ni recibir emolumento de ella.

ARTÍCULO 39.-El jefe del departamento será el inspector general de seguros y el encargado directo de ejercer todas las atribuciones que este reglamento y el de la Secretaría de Hacienda conceda al propio departamento, quedando al último reglamento citado el fijar los deberes y atribuciones de los demás empleados.

ARTÍCULO 40.-La personalidad del funcionario que efectuó las visitas a las compañías, deberá justificarse por medio de la exhibición del oficio del Secretario de Hacienda en que disponga se verifique la visita y en el cual determinará el objeto de la misma.

ARTÍCULO 41.-El visitador hará constar el resultado de la visita en un acta que se insertará en el libro especial, que para este efecto habrá de tener cada compañía y de la cual se mandará copia a la Secretaría de Hacienda.”

La evolución de la Institución del Seguro en México

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

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

En su artículo 52 se establecía que al "realizar las visitas trienales a las compañías se tomará como base el último informe anual presentado a la Secretaría y se comprobará el importe de las primas recibidas, el de las reservas técnicas, reservas para dividendos por repartir y reserva de previsión".

En el reglamento de esta Legislación se prevé la integración mínima de este departamento con un jefe, un actuario de seguros, un abogado auxiliar, secciones técnicas, servicios de inspección y los demás empleados necesarios.

Destacan también ciertas atribuciones reguladas en el artículo 51 donde se faculta al departamento para "ejercer los buenos oficios para el arreglo de dificultades que surjan entre las compañías cuando hayan violado los preceptos de la ley además de intervenir en la disolución y liquidación de las compañías y en las juntas arbitrales de acuerdo con la ley".

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

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

Por otra parte, el artículo 118 disponía que: "en cumplimiento de función de vigilancia que la ley confiere a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, ésta proveerá en términos de esta ley y demás relativas, al eficaz cumplimiento de sus preceptos, intervendrá en los arcos, cortes de caja y demás comprobantes o verificaciones de contabilidad de las instituciones sometidas a su inspección."

Además se mencionan otras funciones que hablaban de un estricto control sobre la actividad aseguradora, ejercida sobre las instituciones de seguros que operan en el país.

PERIODO DE 1947 A LA ACTUALIDAD.

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

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

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

Asimismo, de conformidad con lo previsto por el artículo 2° del citado ordenamiento legal, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, será el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos lo relacionado con los preceptos de esta ley y, en general para todo cuanto se refiere a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros. Para estos efectos, podrá solicitar cuando así lo estime conveniente, la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, del Banco de México o de algún otro organismo o dependencia en razón de la naturaleza de los casos que lo ameriten.

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

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

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

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

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

Asimismo se ha expuesto, que la primera manifestación de la intervención estatal en el desarrollo de la actividad aseguradora estriba en que para ejercerla se requiere de autorización del gobierno federal, la cual tiene carácter discrecional y para obtenerla entre otros requerimientos, es necesario presentar ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público el proyecto de escritura constitutiva o contrato social con sujeción a las disposiciones de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y a la Ley General de Sociedades Mercantiles; el plan de actividades; un depósito del 10% del capital mínimo con que debe de operar y la plantilla de los consejeros y altos funcionarios de la empresa, cuyos nombramientos deben ser aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Por lo que respecta a la regulación de la solvencia, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros contempla dos aspectos primordiales para la protección de los asegurados, las instituciones de seguros deben constituir adecuadamente sus reservas técnicas: la reserva de riesgos en curso, cuyo objetivo es cubrir los riesgos vigentes de la aseguradora; la reserva para obligaciones pendientes de cumplir, que tiene por objeto cubrir los pagos pendientes de cobro; y la reserva de previsión cuyo objetivo consiste en funcionar como un fondo para afrontar desviaciones extraordinarias en la siniestralidad.

La manera en que las instituciones invierten estas reservas es primordial para determinar la solvencia de dichas instituciones y con esto su capacidad para afrontar sus compromisos con los asegurados.

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

Dichas inversiones respaldan a las responsabilidades contraídas por las instituciones en base a los contratos celebrados y las instituciones no pueden disponer de ellas, total o parcialmente, sino para cumplir las obligaciones asumidas y las que resulten por sentencia ejecutoria de los tribunales de la República o por laudo de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a favor de los asegurados o beneficiarios, de acuerdo con la ley. Los bienes en que se efectúen las inversiones son inembargables, situación que protege los intereses de los asegurados, en la medida en que los montos de tales reservas no puedan ser utilizados más que para efectuar pagos a dichos asegurados.

El segundo punto primordial que contempla la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en cuanto a la regulación de la solvencia, consiste en el mantenimiento por parte de las instituciones de seguros de los requerimientos de capitalización.

A este respecto, las instituciones de seguros deben contar con un capital mínimo pagado por cada operación o ramo autorizado, mismo que determina la Secretaría de Hacienda y Crédito Público durante el primer trimestre de cada año. Asimismo, sin perjuicio de mantener el capital mínimo pagado, las compañías deben contar con el capital mínimo de garantía, cuyo objetivo consiste en respaldar las desviaciones en la siniestralidad esperada, calidad y seguridad del reaseguro o pérdidas en las inversiones realizadas, que puedan provocar insuficiencia en el capital de las instituciones para sufragar sus obligaciones.

Por otra parte, también resulta importante cuidar, en protección de los asegurados, que los productos ofrecidos por las instituciones de seguros cuenten con el debido sustento técnico. Con ello, se pretende elevar el grado de certidumbre, en el cumplimiento de las obligaciones que al afecto contraigan las compañías con los asegurados. La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, exige a las instituciones de seguros sustentar cada una de sus coberturas, planes y primas de riesgo en una nota técnica, de acuerdo a la operación o ramo de que se trate. Además, se exige que las compañías comprueben técnicamente que el cálculo para determinar dicha rima se hizo de manera justa, de tal forma que será suficiente para poder responder al asegurado,

detallando las bases para el cálculo de las reservas y deducibles, así como de cualquier otro elemento de importancia. El registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de la nota técnica beneficia y protege al asegurado, ya que supervisa que la institución dispondrá de recursos suficientes para cumplir con el asegurado.

Dado que en la relación contractual del seguro, normalmente, existe una parte que no interviene en la configuración del clausulado del contrato, sino que sólo tiene la posibilidad de tomarlo o dejarlo conforme al esquema que le es presentado por el asegurador, el legislador ha dispuesto un mecanismo de supervisión de los contratos de seguros cuyo contenido no es producto de una negociación con el tomador del seguro, sino resultado de la elaboración unilateral de la empresa de seguros, esto es, de los denominados contratos de adhesión.

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

El mecanismo de supervisión de contratos de adhesión se instrumenta a través de un registro previo al uso de la documentación, la inobservancia del requisito del registro por parte de la empresa de seguros, tiene efecto en la relación contractual creada con base en un documento no registrado, pues la ley establece que el contrato de adhesión o cláusula incorporada al mismo no registrados, son anulables, con la circunstancia de que la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes, contra la institución de seguros y nunca por ésta en contra de aquéllos.³

2.3.- LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y VALORES DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO.

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

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

³ Exposición del licenciado Eduardo Álvarez Ferreira relativa a la protección del asegurado en el derecho dentro del primero congreso Nacional de Derecho de Seguros y Fianzas, celebrado en la ciudad de Queretaro, Qro; 1999.

- II. Participar, mediante la formulación de las políticas a que se refiere la fracción anterior, en la elaboración del Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo y del Programa Operativo Anual de Financiamiento de la Administración Pública Federal;
- III. Proponer, para aprobación superior, las actividades de planeación, coordinación, vigilancia y evaluación, de los intermediarios financieros a que se refiere la fracción I de este artículo, que tengan el carácter de entidades de la administración pública federal;
- IV. Ejercer, previo acuerdo superior, las facultades de la Secretaría como coordinadora del sector de los intermediarios financieros a que se refiere la fracción I de este artículo, que tengan el carácter de entidades de la administración pública federal, excepto las facultades que con carácter indelegable otorgue este Reglamento al Secretario;
- V. Integrar y proponer para aprobación superior, los programas anuales e institucionales, así como los presupuestos de los intermediarios financieros citados en la fracción I, que tengan el carácter de entidades de la administración pública federal;
- VI. Integrar, formular y proponer los programas de modernización administrativa e innovación institucional de los intermediarios financieros a que se refiere la fracción I de este artículo;
- VII. Proponer, para resolución superior, las autorizaciones para operar como intermediarios financieros a que se refiere la fracción I de este artículo, que sean competencia de la Secretaría, así como la revocación de las citadas autorizaciones;
- VIII. Proponer, en el ámbito de su competencia, para resolución superior, la autorización para la constitución y funcionamiento de grupos financieros, así como la respectiva revocación y la autorización para la incorporación de una nueva sociedad a un grupo financiero o la separación de alguno de sus integrantes, la función de dos o más grupos financieros, así como escisión, la función de dos o más entidades participantes en un mismo grupo financiero así como la escisión y disolución de un grupo financiero, todo ello siempre que no participe una institución de banca múltiple;
- IX. Imponer sanciones, así como tramitar y resolver los recursos administrativos establecidos como competencia de la secretaría por leyes que regulan a los intermediarios señalados en la fracción I de este artículo.
- X. Recibir de las afianzadoras la información relativa a las designaciones de apoderados y domicilios para recibir requerimientos de pago por fianzas exigibles, darlas a conocer a las oficinas ejecutoras;
- XI. Representar a la Secretaría, en el ámbito de su competencia, en sus relaciones con las Comisiones Nacionales, Bancarias y de Valores, de Seguros y Finanzas, y del Sistema del Ahorro para el Retiro;
- XII. Coordinar la aplicación de los mecanismos de control de gestión en las instituciones y sociedades a que se refiere la fracción I de este artículo;

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

XIV. Resolver los asuntos relacionados con la aplicación de los ordenamientos legales que rigen las actividades y las materias señaladas en la fracción I de este artículo, que sean competencia de las facultades indelegables del Secretario.”

Asimismo competará a la Dirección de Seguros y Fianzas:

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

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

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

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

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

- Otorgar la autorización para que se constituyan y funcionen dichas instituciones y sociedades mutualistas de seguros;
- Otorgar la autorización para que realicen las operaciones de seguros y los ramos respectivos, o bien para practicar exclusivamente el reaseguro o el reafianzamiento;
- Llevar el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras;
- Autorizar el establecimiento de oficinas de representación de reaseguradoras extranjeras;
- autorizar el capital mínimo pagado para cada operación o ramo que realicen las instituciones de seguros;
- Autorizar la participación, en el capital de las instituciones de seguros, de entidades aseguradoras, reaseguradoras y afianzadoras extranjeras, así como de personas físicas o morales extranjeras;
- Autorizar la suscripción, por parte de un solo accionista, de más del 15% del capital pagado de una institución de seguros;
- Acordar la revocación de las autorizaciones concedidas a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros para operar;
- Autorizar operaciones con valores, que se aparten de las reglas generales sobre el particular;
- Autorizar la apertura de oficinas en el extranjero;
- Autorizar a las instituciones aseguradoras para adquirir acciones o participaciones en el capital social de entidades aseguradoras o financieras del exterior;
- Resolver en definitiva sobre la remoción o suspensión de administradores, comisarios, directores, gerentes y funcionarios de alto nivel de las instituciones de seguros en agrupaciones financieras;
- Autorizar traspasos de cartera;
- Dictar las disposiciones especiales y las Reglas Generales previstas por la ley;
- Declarar la disolución de estas entidades. 4

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

2.4.- LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS Y SUS ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La Comisión Nacional de Seguros, fue creada en 1946. Desde su paso por las calles de Venustiano Carranza número 52, hasta nuestros días en avenida Insurgentes Sur 1971, con su actual denominación, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, ha sufrido cambios en su estructura y en sus facultades, incrementándose su competencia con el paso de los años. Es así como por el "Decreto que Reforma la Ley de Instituciones de Seguros" expedido con fecha 18 de febrero de 1946, se vislumbra la creación de la Comisión, estableciéndose en su artículo 118, que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, "ejercerá la inspección y vigilancia de las instituciones directamente o por medio de algún organismo descentralizado auxiliar de la secretaria, en los términos del reglamento respectivo".

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

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

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

Se señaló también que el Presidente sería el jefe de la oficina de la comisión y el encargado de ejecutar las resoluciones y recomendaciones acordadas por la propia comisión y además ejercería sus funciones directamente o por medio de los delegados, visitantes e inspectores adscritos a la Comisión.⁴

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

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

- 1) Legal
- 2) Actuarial
- 3) Administrativa con dos secciones
 - a) De estadística, y
 - b) De credenciales de agentes;

⁴ Sánchez Flores, Octavio Guillermo. La institución del Seguro en México. pag 235 a 236.

4) De inversión, y

5) De inspección.

El 14 de febrero de 1956 se expidió el segundo Reglamento de la Comisión Nacional de Seguros, el cual modificó la estructura de la Comisión Nacional de Seguros, ampliando sus funciones. En él se establece que la Comisión Nacional de Seguros estará formada por un "Comité permanente" y un "Pleno". Al comité permanente le corresponderá la inspección y vigilancia, la resolución de los asuntos y la aplicación de las normas que rigen a las instituciones de seguros en particular. Este comité estaría integrado por cinco vocales designados por la propia Secretaría de Hacienda y Crédito Público nombrando asimismo Presidente de la Comisión a uno de los cinco vocales, el cual fungiría también como Presidente del pleno y de dicho comité.

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

En el año de 1970 la Comisión Nacional de Seguros se unió a la comisión Nacional Bancaria para formar la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, de conformidad con el Decreto de 23 de diciembre de 1970, denominado reformas y adiciones a la Ley General de Instituciones de Crédito Público, en los términos de la Ley General de Instituciones de Seguros y demás disposiciones aplicables, que se ejercerían por conducto de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros".

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

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

El 10 de agosto de 1971 se publicó en el *Diario Oficial* de la Federación el Reglamento sobre las funciones que en materia de seguros realizaría la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros. El organigrama de la nueva Comisión estableció el "Comité permanente" con un Presidente, un Vicepresidente y un Secretario. Además integraba al Comité permanente cinco vocales propietarios e igual número de suplentes; tres asesores. Los funcionarios de la nueva Comisión se conformaban por un Presidente, un Vicepresidente, seis Directores y cinco Subdirectores, nueve Subdirectores especiales y tres Jefes de departamento.

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

La evolución de la Institución del Seguro en México

La nueva estructura de la citada comisión, para el cumplimiento de sus funciones estaría integrada por:⁵

- a) Junta de Gobierno;
- b) Presidencia;
- c) Comité consultivo;
- d) Vicepresidencias;
- e) Delegaciones regionales, y
- f) Demás servidores públicos necesarios.

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

Por decreto de 28 de diciembre de 1989, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 3 de enero de 1990, se escindió la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros en Comisión Nacional Bancaria para la atención de todo lo relacionado con instituciones de crédito y en Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para todo lo concerniente a la actividad aseguradora y afianzadora.

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

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con tres dependencias:

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

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

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación del 14 de enero de 1991 se crea el Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas como órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público quien ejercerá las facultades y atribuciones que le confieren la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, así como otras leyes, reglamentos y disposiciones administrativas aplicables, en relación con las funciones de inspección, vigilancia y supervisión de las instituciones, sociedades, personas y empresas a que dichas leyes se refieren, así como del desarrollo de los sectores y actividades

⁵ Actualidad en Seguros y Fianzas, número 1, pág. 5. Editado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La evolución de la Institución del Seguro en México

asegurador y afianzador del país. Para su ejercicio tendría autonomía y facultades ejecutivas en los términos de dichos ordenamientos.

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

La desconcentración se ha definido como la forma jurídico administrativa, en que la administración centralizada con organismos o dependencias propios, presta servicios o desarrolla acciones en distintas regiones del territorio del país. Su objeto es doble: acercar la prestación de servicios en el lugar o domicilio del usuario de los mismos, con economía para éste, y descongestionar al poder central.

En el fondo, la desconcentración es distribución de competencias y ésta se puede hacer directamente por la ley, por el reglamento, por un decreto género o por delegación administrativa de facultades, contenidas en acuerdo general o individual. 5

De conformidad con lo establecido por el licenciado Andrés Serra Rojas, las características de dichos órganos son las siguientes:⁶

- a) El organismo no se desvincula del régimen centralizado;
- b) El poder central conserva, respecto del desconcentrado, facultades de mando, de vigilancia y competencia;
- c) No son económicamente autónomos. Su sostenimiento corre a cargo del presupuesto de egresos de la Federación o de la entidad que lo crea y sus ingresos se incorporan al patrimonio federal;
- d) Normalmente la desconcentración se justifica en una autonomía técnica;
- e) El organismo actúa dentro de las facultades de la administración, surgiendo como un organismo inferior que va aumentando su competencia en la medida que otro organismo superior se la cede;
- f) En nuestro país, el órgano desconcentrado se regula por la ley, decreto, acuerdo del Ejecutivo Federal o el régimen general de una Secretaría de Estado, aunque puede operar en otras entidades;
- g) El poder central, puede interferir directamente en el organismo correspondiente, fijándoles criterios de política, desarrollo y orientación. 6

Conforme a las disposiciones que le dan origen y atribuciones, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas tiene como misión: "garantizar al público usuario de los seguros y las fianzas, que los servicios y actividades que las instituciones y entidades autorizadas realizan, se apeguen a lo establecido por las leyes".⁷

Así mismo, tiene a su cargo:

- a) La inspección y vigilancia de las empresas de seguros;

⁶ Serra Rojas, Andrés, Derecho Administrativo, Ed. Porrúa, S. A. México.

La evolución de la Institución del Seguro en México

b) La aplicación de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros;

c) Garantizar que se mantengan los niveles de seguridad, estabilidad, solvencia y liquidez de las empresas y sociedades mutualistas de seguros;

d) Que se registren las notas técnicas, los procedimientos de cálculo de primas, los recargos, los gastos de adquisición, la documentación contractual, y los demás elementos que inciden en los referidos factores de seguridad y solvencia de dichas instituciones de seguros.

Para el cumplimiento de sus funciones y obligaciones la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con el Reglamento Interior de la citada Comisión publicado en el Diario Oficial de la Federación del 4 de diciembre de 2003, contará con:

- I. Junta de Gobierno;
- II. Presidencia;
- III. Vicepresidencias;
 - De operación institucional
 - Jurídica, y
 - De Análisis y Estudios Sectoriales
- IV. Direcciones generales;
 - De Supervisión Financiera;
 - De Supervisión de Reaseguro;
 - De supervisión Actuarial;
 - De Supervisión del Seguro de Pensiones;
 - De Supervisión del seguro de Salud;
 - De Desarrollo e Investigación;
 - Jurídica Consultiva, Intermediarios y Coordinación Regional;
 - Jurídica Contenciosa y de Sanciones;
 - De informática; y
 - De administración.
- V. Organo Interno de Control;
- VI. Direcciones de Área;
- VII. Delegaciones Regionales
- VIII. Demás servidores públicos necesarios y los que determine la comisión por acuerdo de la Junta de Gobierno (artículo 2° R. I. C. N. S. F.)

El marco jurídico para el debido funcionamiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas lo comprenden:

- a) Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros;
- b) Ley Sobre el Contrato de Seguro;
- c) Ley Federal de Instituciones de Fianzas;
- d) Ley de Protección y Defensa al Usuarios de Servicios Financieros;
- e) Los diversos reglamentos expedidos sobre la materia tales como:
 - Reglamento del Seguro de Grupo;
 - Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas;
 - Reglamento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en Materia de Inspección, Vigilancia y Contabilidad;
- f) Diversas disposiciones complementarias, como los son:

La evolución de la Institución del Seguro en México

- Reglas par el establecimiento de las Filiales de Instituciones Financieras del Exterior;
- Reglamento del artículo 127 de la Ley de Vías Generales de Comunicación;
- Reglas de Operación para los seguros de pensiones, derivados de las Leyes de Seguridad Social;
- Reglamento del artículo 95 de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, para el cobro de fianzas otorgadas a favor de la Federación, del Distrito Federal, de los Estados y de los Municipios, distintas de las que garantizan obligaciones fiscales federales a cargo de terceros;
- Reglas generales de las fracciones II y III del artículo 29 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros;
- Reglas Generales de las fracciones III y IV del artículo 15 de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas;
- Reglas para la administración de las operaciones que se refieren las fracciones III y IV del artículo 34 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros;
- Reglas para operaciones de seguros y reaseguros en moneda extranjera celebradas por instituciones y sociedades mutualistas de seguros del país;
- Reglas sobre el registro general de reaseguradoras extranjeras para tomar reaseguro y reafianzamiento del país;
- Reglas para el establecimiento de oficinas de representación de reaseguradoras extranjeras;
- Reglas para la constitución de la reserva de riesgos en curso complementarios por calidad de reaseguradoras extranjeras;
- Reglas para la autorización y operación de intermediarios de reaseguro;
- Reglas para la constitución de reservas de riesgos en curso, de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros;
- Reglas para la aprobación posterior por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de las garantías que deben recabar las instituciones afianzadoras con motivo de las fianzas que expidan, superiores a su margen de operación;
- Reglas para el ajuste o actualización de las reservas técnicas de las instituciones de seguros;
- Reglas para la constitución e incremento de la reserva de previsión de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros;
- Reglas para la constitución de la reserva para obligaciones pendientes de cumplir por siniestros ocurridos y no reportados y de la reserva de gastos de ajuste asignados al siniestro;
- Reglas para la constitución de las reservas de riesgos en curso por reaseguro de crédito y reaseguro tomado, para las operaciones de accidentes y enfermedades, así como de daños;
- Reglas para fijar el límite máximo de retención de las instituciones de fianzas;
- Reglas generales para operaciones de fianzas y reafianzamientos en moneda extranjera celebradas por instituciones de fianzas autorizadas del país;
- Reglas para la inversión de las reservas de fianzas en vigor y de contingencia de las Instituciones de Fianzas;
- Reglas sobre operaciones de préstamo de acciones de las instituciones de seguros;
- Reglas para el capital mínimo de garantía de las instituciones de seguros;
- Reglas sobre los incrementos periódicos de las reservas técnicas de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros en las operaciones de seguro y reaseguro;

- Reglas para las operaciones de reafianzamiento que practiquen las instituciones de seguros y de reaseguro;
- Bases por las que se fija el procedimiento para la constitución de reserva para obligaciones pendientes de cumplir por siniestros ocurridos y no reportados y de la reserva de gastos de ajuste asignados al siniestro.
- Decreto que aprueba la información al régimen del seguro social, de todas las instituciones de seguros y fianzas en la República Mexicana;
- g) Así como Circulares, Acuerdos y Oficios circulares expedidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.⁸

2.5.- LA COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS.

La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) es creada mediante la Ley de Protección y Defensa al usuario de Servicios Financieros publicada en el *Diario Oficial* de la Federación de fecha 18 de enero de 1999 al establecer el artículo 4° de dicha ley: "La protección y defensa de los derechos e intereses de los usuarios, estará a cargo de un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios, denominados Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros".⁷

⁷ Actualización en Seguros y Fianzas. Editado por la CNS y F. México 2001.

3.- CAPÍTULO TERCERO.

EL CONTRATO DE SEGURO.

3.1.- CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN.

Contrato, del latín *contractus*, derivado a su vez del verbo *contahere*, reunir, lograr, concertar, es un acto jurídico bilateral que se constituye por el acuerdo de voluntades de dos o más personas y que produce ciertas consecuencias jurídicas (creación o transmisión de derechos y obligaciones) debido al reconocimiento de una norma de derecho.⁸

Sus elementos esenciales son:

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

Por lo que corresponde al concepto de contrato de seguro, diversos tratadistas han establecido nociones acerca de los que entienden por contrato de seguro.

Hémard, sostiene que: "El seguro es una operación por la cual una parte, el asegurado, se hace prometer mediante una remuneración, la prima, para él o para un tercero, en caso de realización de un riesgo, una prestación por otra parte, el asegurador, quien tomando a su cargo un conjunto de riesgos, los compensa conforme a las leyes de la estadística".¹⁰

Para el autor Garriguez: "El seguro es un producto del riesgo. Todo riesgo engendra una preocupación y un deseo de seguridad. La finalidad del seguro consiste en dar seguridad contra el riesgo. Pero esta seguridad no puede alcanzarse por la supresión directa del acaecimiento temido (fuego, granizo, enfermedad, muerte, etc.), sino tan sólo por la certeza de que al sobrevenir la situación temida tendremos a nuestra disposición un valor económico que la compense. Este valor seguro que se espera, sustituye al valor cuya pérdida se teme; por eso se llama valor de sustitución o reemplazo. El seguro pone lo seguro en lugar de lo inseguro; ésta es la esencia de la institución".¹¹

Antigono Donati., estima que el seguro es el : "Negocio en el que el asegurador, contra el pago u obligación del pago de una prima, se obliga a resarcir al asegurado de las consecuencias de un hecho dañoso incierto, siempre dentro de los límites convenidos".¹²

El tratadista italiano, Brunetti, considera que: "El contrato de seguro es el contrato bilateral, autónomo, a título oneroso, por el que una sociedad de seguros, debidamente autorizada para el ejercicio de una empresa, asume, contra el precio de una prima, el riesgo de proporcionar al asegurado una prestación determinada, en capital o renta, para el caso de que en el futuro se produzca un evento determinado contemplado en el contrato".¹³

⁸ Ruíz Rueda, Luis El Contrato de Seguro. Pág 49

Nuestra legislación define y regula al Contrato de Seguro, de modo principal, en la Ley Sobre el Contrato de Seguro de 1935, cuyas fuentes de inspiración fueron la Ley Federal sobre el Contrato de Seguro de Suiza del 2 de abril de 1908, en la cual, el artículo 1° establece la siguiente noción:

“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”.⁹

De esta definición se desprenden los siguientes elementos esenciales del presente contrato como son:

- a) El riesgo o eventualidad;
- b) La prima;
- c) La prestación del asegurador, y
- d) La empresa.

Como lo señala el Licenciado Luis Ruiz Rueda, no se trata de una verdadera definición, ya que, aunque refiere el género próximo, le falta la diferencia específica, por cuanto consigna una dicotomía asegurativa: resarcimiento de daño o pago de una suma de dinero.

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

Sólo puede practicarse por las instituciones autorizadas por el Estado de conformidad con el artículo 5° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros el cual establece:

“ARTÍCULO 5° - Para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros se requiere autorización del gobierno Federal, que compete otorgar discrecionalmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.”

Por otra parte el artículo 3° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, estatuye:

“ARTÍCULO 3° - En materia de actividad aseguradora:

I. Se prohíbe a toda persona física o moral distinta de las señaladas en el artículo 1° de esta ley, la práctica de cualquier operación activa de seguros en territorio mexicano;

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

No se considera operación activa de seguros la comercialización a futuro de bienes o servicios, cuando el cumplimiento de la

⁹ Ley Sobre el Contrato de Seguro

La evolución de la Institución del Seguro en México

obligación convenida, no obstante que dependa de la realización de un acontecimiento futuro e incierto, se satisfaga con recursos e instalaciones propias de quien ofrece el bien o el servicio y sin que se comprometa a resarcir algún daño o a pagar una prestación de dinero. Sin embargo, aun cuando se satisfagan con recursos e instalaciones propias, si se considerará como operación activa de

seguros la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado, mediante el pago de una cantidad de dinero, conforme a los establecido en los artículos 7°, fracción II, inciso c), y 8°, fracción V, de esta Ley”

CLASIFICACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

Para el licenciado Omar Olvera de Luna, una clasificación general de los contratos, es la siguiente:

Contratos nominados e innominados. Son los primeros llamados también típicos. Los regulados expresamente en el derecho común; el Código de Comercio regula, entre otros, el de correduría, comisión, depósito, préstamo, compraventa, permuta.

Son contratos atípicos o innominados los que, teniendo o no un nombre específico, carecen de reglamentación expresa dentro de la ley; por ejemplo: el suministro, el intercambio publicitario, etcétera

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

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

También hay contratos onerosos o gratuitos; en los primeros se estipulan provechos y gravámenes recíprocos; en los gratuitos el provecho es sólo para una de las partes.

Los contratos onerosos se subdividen en: conmutativos y aleatorios. En los primeros, las prestaciones que se deben las partes, son ciertas desde el momento mismo en que el contrato se perfecciona, en cambio, en los contratos aleatorios, depende de un acontecimiento incierto: que las partes, una, otra, o las dos, obtengan ganancias o sufran pérdidas.

Por último, debemos mencionar los contratos de adhesión, en los que una de las partes fija las cláusulas y una o más partes no hacen sino aceptar dichas condiciones, adhiriéndose así al contrato.¹⁰

El contrato de seguro se ha clasificado en:

De adhesión o no adhesión, pues una de las partes, el asegurador fija y determina las condiciones generales del contrato, previamente aprobados por el organismo gubernamental al que se encomienda el control, supervisión y vigilancia de las actividades de las aseguradoras, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y la otra parte se limita a

¹⁰ Díaz Bravo, Arturo. Contratos Mercantiles. Pág 137

La evolución de la Institución del Seguro en México

aceptarlas, modificarlas mediante endosos, o a rechazarlas. Por otra parte en los contratos de no adhesión las partes manifiestan su voluntad pero esta debe ser aprobada por la misma Comisión, de acuerdo a lo señalado por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Con relación a lo antes establecido, es necesario conocer los criterios que respecto de este tema ha emitido nuestro máximo Tribunal:

ADHESIÓN. NO AFECTA LA VALIDEZ DEL CONTRATO RELATIVO LA ELABORACIÓN UNILATERAL DE SU CLAUSULADO POR UNA DE LAS PARTES.- El contrato llamado de adhesión supone que de acuerdo con la doctrina que una de las partes fija las condiciones a que debe sujetarse la otra en caso de aceptarlo, por ello dicha circunstancia no afecta su validez, ya que no implica la ausencia de la alternativa para aceptarlo o rechazarlo en forma total o parcial por parte de quien no interviene en su elaboración, por lo que no puede decirse que la voluntad expresada por éste se encuentre viciada (Octava época. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: X. Agosto. Tesis 3ª. LVI/92. Página: 145)

SEGUROS DE VIAJEROS.-No existe razón legal para estimar que el artículo 21 del Reglamento del 134 de la Ley de Vías Generales de Comunicación, al ordenar que la indemnización por la pérdida de la vida del asegurado, se pagará, en todo caso, a sus herederos o representantes legales, quiso referirse sólo a los herederos legítimos y no a los testimonios, pues se trata no simplemente de una indemnización para cubrir los daños causados sino de un verdadero contrato de seguros en que es parte el viajero, por lo cual, según se desprende de los artículos 24, 25, 26 y 29 del citado Reglamento, el viajero es quien pagó la primera y quien hizo el contrato de seguro, mediante el acto de adhesión que significa la compra de su boleto, es evidente que desde ese momento adquiere el derecho a la indemnización en caso de accidente y puede por ello designar libremente a la persona que deba resultar favorecida con su importe (Quinta Época. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: LXIII. Página: 1732).

TRANSPORTE, CONTRATO DE. NATURALEZA.- No existe lugar a dudas, de que por virtud de la especulación comercial que con el transporte de personas persigue una empresa transportista aérea, los contratos que celebra en esa materia son de naturaleza mercantil, además de ser considerados como contratos de adhesión, porque en su elaboración no intervienen todas las partes contratantes, sino que, como su nombre lo indica, una de ellas se adhiere a los términos contractuales fijados por la otra. (Octava Época. Tribunales colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: III Segunda Parte-2. Página: 846).

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

El asegurador no sabe cuál o cuáles de los riesgos asumidos por él, devendrán o no en siniestro.

La prestación a cargo del asegurador, se determina y nace hasta la protección del riesgo y puede decirse que implica una pérdida para éste y una ganancia para el beneficiario.

Empero, para el Licenciado Luis Ruiz Rueda, se ha discutido si el seguro debe ser clasificado como conmutativo o aleatorio dado que la organización económica y la moderna técnica aseguradora excluyen la idea del alea y reemplazan este concepto por el

La evolución de la Institución del Seguro en México

de probabilidad, que es matemática y técnicamente determinable, pues se apoya en la ciencia estadística y en la experiencia.¹¹

Las reservas para los riesgos en curso – reserva matemática o reserva técnica, según se trate de seguros de vida o de seguros patrimoniales – están fundadas en esos principios. El asegurador sabe cuantitativamente o relativamente, cuántos siniestros podrán ocurrir en el curso de un ejercicio, lo que no sabe es cuáles riesgos o cuáles contratos se verán afectados.

De acuerdo con lo anterior, la base técnica indiscutible de toda operación de seguro, suprime la aleatoriedad de la empresa de seguros en general, pero deja intacta la aleatoriedad de cada contrato en particular, según la doctrina general.

Al respecto la Suprema Corte de Justicia ha emitido el siguiente criterio:

SEGURO, CONTRATO DE. REQUISITOS PARA LOS CUESTIONARIOS DE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS.-El contrato de seguro, siendo contrato aleatorio, pues depende de un hecho incierto o contingente que entraña azar e implica el posible pago de beneficios que se encuentren completamente fuera de proporción, con las primas pagadas, requiere, en su celebración, de la buena fe del solicitante; porque las declaraciones de éste serán la base para el contrato.

Bilateral o sinalagmático perfecto, pues crea obligaciones recíprocas a cargo de las partes, es decir, se obligan recíprocamente la una hacia la otra, al respecto el artículo 1836 del Código Civil para el Distrito Federal establece:

“Artículo 1836.- El contrato es bilateral cuando las partes se obligan recíprocamente.”

Por lo que respecta al contrato de seguro, en el artículo 1º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se imponen derechos y obligaciones recíprocos a las partes contratantes, la aseguradora y el tomador del seguro o asegurado, con independencia de otras, como son: por una parte, la relativa a cargo de la aseguradora de asumir las consecuencias de un eventual riesgo, resarciendo el daño o pagando una suma de dinero, y por otra, la que recae al asegurado o tomador del seguro consistente en pagar a aquella la prima correspondiente.

Por lo que respecta a esta nota característica de la bilateralidad del contrato de seguro, es necesario conocer los criterios siguientes:

CONTRATO DE SEGURO. SU EXISTENCIA NO ESTÁ SUPEDITADA AL PAGO DE LA PRIMA.- Del texto de los artículos 1º, 19, 20 y 21, fracciones I y II, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se infiere que no es indispensable que la prima sea pagada para que el contrato exista, sino solamente que se cumplan los requisitos establecidos ené. Tercero de los preceptos en cita que son los que permiten conocer cuál fue la verdadera voluntad de las partes: por lo que, desde que éstos quedan satisfechos, a partir de entonces el contrato obliga a las partes de acuerdo con lo señalado por el artículo 1796 del Código Civil, aplicado supletoriamente a la referida ley, en el sentido de que los contratos se perfeccionan por el mero consentimiento excepto aquellos que deben revestir una forma establecida por la ley. Pero debe puntualizarse que una cosa es la existencia del contrato y otra distinta su cumplimiento; de tal modo que, al generar derechos y obligaciones recíprocos, entonces, de acuerdo con el artículo 1949 del Código Civil que dispone que la facultad de resolver las obligaciones se entiende implícita en las recíprocas para el caso de que uno de los obligados

¹¹ Ruiz Rueda, Luis. El Contrato de Seguro. 1978

no cumpliere lo que le incumbe, si el asegurado reclama de la aseguradora el pago del monto de la garantía, es necesario que demuestre primero haber cumplido con la obligación que era a su cargo, o sea, que pagó el importe estipulado por la prima, salvo en el caso de excepción previsto en los artículos 40 en relación al 35, ambos de la Ley Sobre el contrato de Seguro. (Novena Época. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo: II, Agosto de 1995. Tesis: I. 1º. C.2.C. Página: 489).

Consensual en oposición a formal, por cuanto se establece por el mero consentimiento de las partes, ya que para su perfeccionamiento es suficiente la recíproca expresión de la voluntad de los sujetos. La Ley sobre el Contrato de Seguro sólo exige la forma escrita como medio de prueba, la cual puede suplirse exclusivamente por la confesión. Su perfeccionamiento no se condiciona a la entrega de la póliza o al pago de la prima y prohíbe convertir este contrato convencionalmente en formal o real de conformidad con lo establecido por los artículos 19 y 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Al respecto la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece:

“ARTÍCULO 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para demostrar su existencia...”

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

“ARTÍCULO 21.- El contrato de seguro:

I. Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta...”

Al respecto el Licenciado Díaz Bravo ha establecido que: “la legislación mexicana es de las pocas que conservan el seguro como contrato consensual, pues ‘se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta’, si bien tal consensualidad resulta grandemente contrarrestada por la circunstancia de que, fuera de la póliza, ninguna otra prueba salvo la confesional es admitida para probar su existencia”.¹²

En atención a esta característica del contrato de seguro, la Suprema Corte de Justicia y Tribunales Colegiados de Circuito de la Nación, han sostenido los siguientes criterios:

SEGUROS, CONTRATO DE. SUS EFECTOS JURÍDICOS.- Siendo el contrato de seguro de naturaleza consensual, sus efectos jurídicos se producen a partir del momento en que las partes contratantes aceptan los derechos y obligaciones pactados con relación al objeto, cosa, precio y demás términos del mismo, sin importar que la aseguradora haya hecho o no entrega de la póliza correspondiente al asegurado ni que éste haya cubierto a aquella el importe de la prima; sin embargo, si el asegurado no cubre a la aseguradora la prima convenida, que de acuerdo a lo dispuesto en el diverso artículo 34 de la Ley sobre el Contrato de Seguro vence en el momento de la celebración del contrato, los efectos del mismo se prolongan únicamente hasta las doce horas del día treinta natural siguiente a la fecha de su vencimiento, conforme a lo previsto en el artículo 40 del propio ordenamiento legal. (Octava

¹² Díaz Bravo, Arturo. Contratos Mercantiles. Editorial Harla, México, 1998.

Época. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: IX – junio. Página: 426)

CONTRATO DE SEGURO, PERFECCIONAMIENTO DEL .- Según el artículo 21 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el contrato se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación del aseguramiento de que se trata; por tanto, si de acuerdo con lo convenido con el agente de seguros, el proponente pagó la prima del seguro respectivo con dos cheques, que la aseguradora en su contestación de demanda reconoció que los recibió y cobró; es evidente que tales hechos acreditan que la empresa aceptó la propuesta del aseguramiento (Octava Época. Tribunales colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: VIII. Agosto. Página: 167).

CONTRATO DE SEGURO. SUPUESTOS MEDIANTE LOS CUALES SE PERFECCIONA.- El contrato de seguro es de naturaleza consensual, sus efectos jurídicos se producen a partir del momento en que las partes contratantes aceptan los derechos y obligaciones pactados con relación al objeto, cosa, precio y demás términos, es decir, que para que nazca un contrato, es menester que se dé un acuerdo de voluntades entre los interesados, como lo prevé el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. El citado precepto establece tres supuestos mediante los cuales se perfecciona un contrato de seguro a saber: a) Conforme a la fracción I del artículo 21 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se acredita mediante la expedición de la póliza correspondiente o algún otro documento formulado por la aseguradora; b) A falta de póliza, la existencia del contrato se comprueba con la confesión de la aseguradora; c) A falta de la póliza, si la aseguradora confiesa que celebró el contrato, pero afirma que el asegurado no tuvo conocimiento de la aceptación de la oferta, los medios de convicción idóneos para acreditar esta última circunstancia lo son la confesión del asegurado, y en su caso, la declaración de testigos (Octava Época. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: XIII – Mayo. Página: 421).

Nominado o típico, pues la ley establece un régimen particular propio, que se norma en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, convirtiéndolo así en el único contrato que posee una normatividad exclusiva en nuestra legislación, independientemente de tener un nombre determinado y legalmente establecido y las empresas que se dediquen a la explotación del mismo, para su organización y funcionamiento deberán sujetarse a las normas de su ordenamiento legal que el la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Oneroso, ya que cada una de las partes que contrata obtiene una prestación a cambio de otra que ha de realizar.

Al respecto, la primera parte del artículo 1837 del Código Civil para el Distrito Federal estatuye:

"ARTÍCULO 1837.- Es contrato oneroso aquel en que se estipulan provechos y gravámenes recíprocos;...

En atención a esta característica Garríguez sostiene: "Ha de ser un contrato oneroso: a la futura posible prestación del asegurador se contraponen la actual prestación del asegurado, sea bajo la forma de prima, sea bajo la forma de contribución en el seguro mutuo". 18

Se ha establecido que el contrato de seguro es conmutativo en cuanto a las prestaciones a cumplir por las partes y aleatorio, en cuanto a la realización del riesgo y su eventual compensación.

La evolución de la Institución del Seguro en México

El contrato de seguro en cuanto a la determinación de las prestaciones a que se obligan sus partes, reviste la dualidad de ser conmutativo a la vez que aleatorio.

Al respecto el artículo 1838 del Código Civil establece:

“ARTÍCULO 1838.- El contrato oneroso es conmutativo cuando las prestaciones que se deben las partes, son ciertas desde que se celebra el contrato, de tal suerte que ellas puede apreciar inmediatamente el beneficio o la pérdida que les cause éste. Es aleatorio cuando la prestación debida depende de un acontecimiento incierto que hace que no sea posible la evaluación de la ganancia o pérdida que les cause éste. Es aleatorio cuando las prestación debida depende de un acontecimiento incierto que hace que no sea posible la evaluación de la ganancia o pérdida, sino hasta ese acontecimiento se realice.”

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

El fundamento de esta buena fe, de acuerdo al principio general de Derecho moderno, se encuentra previsto en los artículos 1796 y 1813 del Código Civil que establecen:

“ARTÍCULO 1796.- Los contratos se perfeccionan por el mero consentimiento, excepto aquellos que deben revestir una forma establecida por la ley. Desde que se perfeccionan, obligan a los contratantes no sólo al cumplimiento de los expresamente pactado, sino también a las consecuencias que, según su naturaleza, son conforme a la buena fe, al uso o al a ley.

ARTÍCULO 1813.- El error de derecho o de hecho invalida el contrato cuando recae sobre el motivo determinante de la voluntad de cualquiera de los que contratan, si en el acto de la celebración se declara ese motivo o si se prueba por las circunstancias del mismo contrato que se celebró éste en el falso supuesto que lo motivó y no por otra causa.”

Por lo que se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el artículo 47, establece que:

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

Asimismo el artículo 77 de la Ley del Contrato de Seguro dispone lo siguiente:

“ARTÍCULO 77.- En ningún caso quedará obligada la empresa si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes.”

Este principio admite excepción como la establecida en el artículo 80 de la citada Ley sobre el contrato de Seguro al preceptuar que, la empresa responderá aun en caso de siniestro voluntario “siempre que el siniestro se cause en cumplimiento de un deber de humanidad”.

El autor Halperin ha establecido que: “ El asegurador debe conocer todas las circunstancias que influyen en la apreciación del riesgo. En todos los demás contratos, la verificación del estado o condiciones del objeto de la contraprestación queda, generalmente, librada a la diligencia de la parte interesada. Esta actividad por parte del asegurador se hace imposible, no sólo por onerosa, sino también por incompleta: no está en condiciones de establecer por sus propios medios, por grande que sea la diligencia aplicada, los elementos de hecho que le permitirían apreciar el riesgo. Por eso, esas informaciones deben ser lo más completas posibles, para que el asegurador pueda apreciar y clasificar el riesgo, esta información no es una declaración de voluntad, sino una declaración de conocimiento: su fin es aportar ese conocimiento al asegurador. De ahí que solo tenga importancia la verdad o falsedad de la información, y no pueda impugnarse por la existencia de vicios de la voluntad, pero sí importa su ignorancia excusable de los hechos o circunstancias sobre los cuales debe informar y, por ende, su culpa en no conocer”.¹³

El tratadista español De los Mozos expresa su opinión acerca del significado de esta nota subjetiva que debe existir a cargo de las partes en todos los contratos: “La buena fe consiste en la ausencia de espíritu lesivo, en el comportamiento o creencia en que radique, del que podemos derivar, tanto la creencia de no realizar una injusticia, como la de obrar conforme a la justicia”.¹⁴

Asimismo el Licenciado Ruiz Rueda ha manifestado que: “Para aceptar la propuesta y perfeccionar con ello el contrato, el asegurador tienen que confiar en la buena fe del proponente al describir el riesgo y las circunstancias del mismo, ya que la exactitud de tal descripción constituirá el motivo determinante de la voluntad del asegurador para perfeccionar el contrato”.¹⁵

Para el tratadista español Garriguez: “El seguro es un contrato celebrado en masa en el que se ofrecen las características propias de un contrato de adhesión; esto es, la subordinación del contratante a las condiciones contractuales redactadas unilateralmente por la empresa aseguradora. Esta característica exige, por parte de la empresa, una exquisita observancia de la buena fe, que es incompatible con las cláusulas lesivas para el asegurado o simplemente oscuras... Lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante del seguro (tomador) en el momento en que éste, todavía no lo es. Se trata de un deber precontractual a cargo del tomador del seguro, consiste en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos, cuyas circunstancias el asegurador va a asumir. Este deber inspira el principio de la buena fe”.¹⁶

¹³ Halperin, Isaac, Lecciones de Seguros, Buenos Aires, Ediciones De Palma, 1993, pág. 33.

¹⁴ Delas José María. Estudio técnico y jurídico en Seguros España, 1970

¹⁵ Ruiz Rueda, Luis. El Contrato de Seguro. Editorial Porrúa, México, 1978

¹⁶ F Morandi, Juan Carlos. El riesgo en el contrato de seguro. Editora argentina, Argentina, 1990

Por su parte, el autor ibérico Broseta Pont considera intachablemente diligente por parte del asegurado frente al asegurador, que el primero le haga del conocimiento al segundo (sin omisiones ni inexactitudes) todas aquellas circunstancias objetivas y subjetivas que son necesarias para que el asegurador obtenga una real, completa y exacta comprensión y valoración de los riesgos asegurados, cuya cobertura asume si estipula el contrato de seguro. Para que el asegurador obtenga esta exacta comprensión y valoración de los riesgos propuestos (para permitirle aceptar o rechazar el contrato o para que asumiéndolo pueda aplicar las primas que corresponden a la exacta y diligentemente todo lo que a tal fin es indispensable. Por ello se afirma, desde los tratadistas clásicos, que el seguro es un contrato *uberrimae bona fidei*, característica que debe estar especialmente presente en el momento de su celebración, pero sin duda también durante toda su vigencia”.¹⁷

No difiere de las opiniones anteriores, la del jurista Martínez Gil: “En el contrato de seguro es un requisito *sine qua non*, pues se trata del contrato típico por excelencia de buena fe, ya que responsabiliza al asegurado a describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, a fin de que la compañía aseguradora tenga la más amplia y completa información que le permita decidir sobre su aceptación o denegación. Pero también debe existir buena fe de parte de la compañía aseguradora, al facilitar al asegurado la suficiente información, orientación y asesoramiento, no sólo en el tipo de contrato sino en todos los trámites, en la información que le soliciten, etcétera. La buena fe es un principio de carácter ético y moral, por lo que las partes deben proceder con lealtad, honradez y con la convicción de que al celebrar determinado acto no se lesione ni se engañe a nadie... El asegurado debe manifestarse con buena fe, ya que sus declaraciones son la base para el contrato de seguro”.¹⁸

En el sentido la suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido los siguientes criterios:

SEGURO, CONTRATO DE. DEBE EXISTIR BUENA FE EN LAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO.- Es incuestionable que un contrato de seguro, cuya formación o 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. 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 solo 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 1º de la Ley sobre el Contrato de Seguro). De esta definición legal se desprende que el Contrato de Seguro es

¹⁷ Broseta Pont, Manuel. Manual de derecho Mercantil, Editorial Tecnos, Madrid, 1965.

¹⁸ Martínez Gil, José de Jesús. Manual teórico práctico de seguros. Editorial Porrúa, México, 1990.

condicional, porque la obligación de la empresa aseguradora depende de la realización del siniestro previsto; y éste 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 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 pueda verificar por sí mismo; de modo que si éste con informaciones inexactas o incompletas le hace asumir un riesgo diferente del verdadero, y tal que, conociendo la verdad no lo hubiera asumido o no lo hubiera hecho en las mismas condiciones, hace que la obligación de la aseguradora sea ineficaz desde su origen, ya que la falsa o incompleta declaración sobre los hechos importantes para apreciar el riesgo, no 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. (Séptima Época. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación Tomo: 71 cuarta Parte. Página: 39).

SEGURO, NULIDAD POR VICIOS DEL CONSENTIMIENTO EN EL CONTRATO DE. ES APLICABLE SUPLETORIAMENTE EL CÓDIGO 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 acudir al Código Civil. Debe tenerse en cuenta que en el contrato de seguro la buena fe es el 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 seguros, 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 si es aplicable supletoriamente el Código Civil del Distrito Federal. (Séptima Época. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación Tomo: 175-180 Cuarta Parte. Página: 203)

De tracto sucesivo o continuo, al establecer duración y continuidad, dado que las prestaciones recíprocas que el contrato pone a cargo de uno u otro sujeto, no se agotan en un instante único, sino que se proyectan durante el mismo, hasta la extinción del contrato, es decir, las prestaciones se cumplen durante un cierto periodo de tiempo. Las partes quedan vinculadas y recíprocamente obligadas la una hacia la otra hasta la extinción del contrato.

De masas, se necesita la concurrencia de gran número de seguros suscritos.

De empresa, se requiere un fondo constituido por las primas y administrado por la empresa, toda vez que la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros prohíbe realizar toda operación activa de seguro por quien no tenga el carácter de Institución de Seguros o Sociedad Mutualista de Seguros de conformidad con lo establecido por los artículos 1, 3, y 5 del citado ordenamiento legal, constituyendo su violación un delito federal en atención a lo preceptuado por el artículo 139, fracción I del aludido ordenamiento legal ya que, se ha establecido que el tratamiento legal que reciben el contrato de seguro y las empresas que lo desarrollan como actividad social, deriva del interés colectivo de los asegurados que se pone en juego y que requiere de una necesaria supervisión y vigilancia por parte de los órganos gubernamentales de la entidad estatal.

El autor Díaz Bravo ha establecido que: "Sólo la empresa profesional aseguradora puede garantizar la formación de una mutualidad de asegurados, indispensable para la operación técnica del seguro. En otras palabras, la determinación de la prima, cuyo monto, sumado al de otras que deben pagar los demás asegurados – la mutualidad-, sólo es posible a través de la reunión de todas ellas, pues considerados en conjunto los aportadores facilitan el cálculo de probabilidades del número y monto de los siniestros que los afectarán, mediante la aplicación de la ley de los grandes números."

Mercantil, al quedar comprendido el contrato de seguro como una de las actividades que el artículo 75 del Código de Comercio considera como actos de comercio, desprendiéndose de esta particularidad su mercantilización, por lo que el contrato de seguro se regulará por la legislación mercantil, integrada por el Código de Comercio, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley General de Sociedades Mercantiles, la Ley de Navegación para el caso del seguro marítimo, y de los demás ordenamientos legales que hagan alusión al mismo.

Al respecto el Código de Comercio, establece lo siguiente:

“ARTÍCULO 1° - Los actos comerciales sólo se regirán por lo dispuesto en este Código y demás leyes mercantiles aplicables.

“ARTÍCULO 75.- La ley reputa actos de comercio:

XVI. Los contratos de seguros de toda especie, siempre que sean hechos por empresas...

“ARTÍCULO 1049.- Son juicios mercantiles los que tienen por objeto ventilar las controversias que conforme a los artículos 4°, 75 y 76 deriven de los actos comerciales.

ARTÍCULO 1050. - Cuando conforme a las disposiciones mercantiles, para una de las partes que intervienen en un acto, éste tenga naturaleza comercial y para la otra tenga naturaleza civil la controversia que del mismo se derive se regirá conforme a las leyes mercantiles.”

De garantía, consistente en el propósito de la aseguradora para resarcir o indemnizar al asegurado contra el pago de una prima, respecto del daño que se llegue a producir por la realización de un siniestro.

La garantía, consistente en el compromiso de la aseguradora de asumir las consecuencias de la realización de una eventualidad, de conformidad con los términos previstos en el mismo, resarciendo un daño o indemnizándolo mediante una suma de dinero.

Es así que tanto la Ley Sobre el Contrato de Seguros como la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros establecen la obligación frente a sus asegurados.

Por lo que respecta a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la misma establece:

“ARTÍCULO 20.-La empresa aseguradora estará obligada a

IV. El momento a partir del cual se garantizará el riesgo y la duración de esta garantía;...”

Por lo que respecta a la Ley General de instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la misma estatuye:

“ARTÍCULO 46.-Las instituciones de seguros deben diversificar las responsabilidades que asuman al realizar las operaciones de seguro y resguardo. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público determinará, mediante reglas de carácter general, los porcentajes de las sumas de capital mínimo de garantía y reserva de previsión que sirva de base para fijar, en cada operación o ramo, los límites de retención de las instituciones en un solo riesgo....

ARTÍCULO 46.-Las instituciones de seguros deberán constituir las siguientes reservas técnicas:

- I. Reservas de riesgos en curso;
- II. Reservas para obligaciones pendientes de cumplir;
- III. Reservas de previsión, y
- IV. Las demás previstas en esta Ley.”

Así mismo la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido los siguientes criterios:

CONTRATO DE SEGURO. PERIODO A QUE SE LIMITA LA HIPÓTESIS DE QUE LA FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NO RELEVA A LA ASEGURADORA DE CUMPLIR CON EL.- El artículo 1949 del Código Civil dispone que la facultad de resolver las obligaciones se entiende implícita en las recíprocas, para el caso de que uno de los obligados no cumpliera con lo que le incumbe; pero tratándose del contrato de seguros, este principio tiene la excepción que se desprende del artículo 35 de la Ley Sobre Contrato de Seguro, en el sentido de que la empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo a pesar de que la prima no fuere pagada. Mas el alcance de esta excepción no es absoluto, sino limitada a los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, de acuerdo con lo que dispone el artículo 40 de la misma ley, por lo que, transcurrido ese periodo sin que el asegurado pague la prima, no resultaría lógico ni jurídico suponer que pueda después existir el importe de la garantía contratada, porque para entonces no sólo habrá cesado su derecho, sino también los efectos del contrato. (Novena Época. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo: II, Agosto de 1995. Tesis: I.1º. C3 C. Página: 488).

Cabe hacer la declaración que, no obstante que el contrato de seguros posee la característica de ser un contrato de garantía conforme a los términos expresados con antelación, difiere del contrato de garantía de fianza, ya que las obligaciones asumidas por la aseguradora garante no dependen de la realización del cumplimiento de una obligación principal, ni de que dicha obligación sea nula o inexistente, sino de la circunstancia totalmente aleatoria de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato: en la fianza la garantía otorgada depende del cumplimiento de la obligación afianzada, en el seguro la garantía de la aseguradora de asumir las consecuencias de la realización de una eventualidad de conformidad a los términos establecidos en el mismo, resarciendo un daño o indemnizándolo mediante una suma de dinero.¹⁹

Principal, en cuanto a la clasificación de los contratos en principales y accesorios, se ha establecido qué es un contrato principal; toda vez que la presentación fundamental asumida por la aseguradora constituye la garantía de que se trata, es decir, se hace depender no del incumplimiento de una obligación principal, como sucede en la fianza, sino de la realización de la eventualidad prevista en el mismo contrato y, por otra parte, en cuanto a que la obligación a cargo del asegurado o tomador del seguro, consiste en cubrir la prima correspondiente, no depende de ninguna otra obligación.

3.2.- MODOS DE CONTRATACIÓN.

No siempre quien celebra el contrato con la aseguradora es el que está expuesto al riesgo.

Se ha establecido que el asegurado suele generalmente ser al mismo tiempo el tomador del seguro, quien es la persona que contrata con la aseguradora, pero puede suceder que éste sea una persona distinta a aquél; por lo que, en este caso, se estaría en presencia de un contrato a favor o en nombre de un tercero (no sin advertir que la ley de la materia incorrectamente emplea la expresión "por cuenta").

Para el tratadista español Garriguez: "El tomador del seguro es la persona que contrata con el asegurador, cosa que no quiere decir que, a semeja de los demás contratos, sea el titular de los derechos dimanantes del contrato. Mientras en los demás contratos existentes dos partes contratantes, sea en nombre propio, sea en nombre ajeno, y esas partes contratantes, o sus representados, son los que adquieren los derechos y

¹⁹ Díaz Bravo, Arturo Contratos Mercantiles. Editorial Harla, México, 1998.

obligaciones del contrato, la peculiaridad del seguro consiste en que el círculo personal del contrato se extiende a personas que no son contratantes, ni representantes por los contratantes. El asegurador asume los derechos y obligaciones del contrato. El contratante con el asegurador (tomar del seguro) asume las obligaciones, pero puede no asumir los derechos... Contratante o tomar del seguro es aquel que suscribe el contrato, asumiendo las obligaciones que del mismo derivan. Asegurado es aquel que tiene derecho a la presentación del asegurador”.

Para el jurista mexicano Díaz Bravo: “Tomador o contratante es la persona física o moral que comparece, con su firma, a tomar el seguro, esto es, que lo contrata con la empresa aseguradora, en interés propio o de un tercero y, por tanto, quien asume las respectivas obligaciones aunque no sea el asegurado; luego el que actúa como apoderado no tiene tal carácter, pues no asume obligación alguna... Asegurado es, en los seguros de daños, la persona física o moral cuyo interés económico en la cosa se cubre con el seguro... en los seguros de vida, accidentes y enfermedades, es asegurado la persona física respecto de cuya existencia, integridad personal, salud o vigor vital contrata la cobertura... El beneficiario, también persona física o moral, es el titular del derecho al pago de la suma asegurada por razón de su interés económico en el bien –seguro de daños-, o por habersele designado así –cláusula beneficiaria-, o bien por su carácter de heredero, casos estos dos últimos propios del seguro de vida”.

Así mismo el tratadista, Vázquez del Mercado sobre el particular considera: “ En el contrato de seguro la persona que contrata con el asegurador, que es el tomador del seguro, no necesariamente es el titular de los derechos que dimanen del contrato. El titular 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, es el asegurado, que tiene derecho a la prestación del asegurador porque es el titular del interés asegurado”.²⁰

Es esa virtud, la Ley Sobre el Contrato de Seguros establece diversas modalidades para poder celebrar el contrato de seguro, como lo son seguros celebrados por representantes (artículo 9), por cuenta de otro (artículo 10), por cuenta propia o de otro (artículo 11), por cuenta de un tercero (artículo 12), y en nombre del mandante (artículo 13).

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

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

Las hipótesis comprendidas en este seguro, son las de seguro celebrado a nombre propio y por cuenta de tercero, sea determinado o indeterminado –seguro por cuenta de quien corresponda- o sea aquel seguro que cubre uno o más intereses subjetivos de determinada naturaleza sobre 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 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:

²⁰ Vázquez del Mercado, Oscar, Contratos Mercantiles. México, Ed Prrúa, 1989

- a) Cuando es incierto quién sea el titular del interés asegurado, en el momento de la conclusión del contrato (seguro de interés con titular inciertos o alternativos: por ejemplo, cuando hay controversia pendiente acerca de la prosperidad de las cosas aseguradas y especialmente cuando el comprador rehúsa las mercancías por que estén defectuosas o se hayan entregado con retraso);
- 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; propiedad de varias personas en una colectividad de cosas, etcétera);
- c) Cuando el interés asegurado cambie de titulares durante su exposición al riesgo (venta de las cosas aseguradas).

Por lo que se refiere al seguro "por cuenta de otro", se ha establecido que se trata de una contracción "en favor de otro", o bien, "en nombre de otro", ya que no es posible, a través de contrato alguno, afectar la esfera jurídica de terceras personas, imponiéndoles cargas o gravámenes, ya que por tercero en un contrato debe entenderse aquella persona que no ha intervenido de manera alguna en su celebración y que permanece ajena al mismo.

Al respecto el tratadista Díaz Bravo ha establecido que: "Nótese que la Ley sobre el Contrato de Seguro acoge, sin mencionarla por su nombre, la figura de la gestión oficiosa, bien con una terminología poco técnica: "El seguro podrá contratarse por cuenta propia por cuenta de otro, con o sin la designación del tercero asegurado..." (Art. 11); "El seguro por cuenta de un tercero asegurado ratifique el contrato después del siniestro" (Art 12); la falta de técnica jurídica radica en el incorrecto empleo de la expresión por cuenta de, pues no es exacto el tercero asegurado reporte la obligación de pagar la prima, que sólo recae sobre el tomador del seguro".

El tratadista Vázquez del Mercado al respecto establece: "En el seguro por cuenta de otro o por cuenta ajena, el contratante y el asegurado son también personas distintas, pero el tomador no tiene poder. En este contrato el tomador del seguro, aun cuando no es un representante, debe declarar todos los hechos importantes que sean o deben ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario,... el asegurado queda obligado aun cuando el tercero asegurado acepte el contrato que se celebró a su favor, una vez que el siniestro haya tenido efecto... 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, arrendamiento, para venderlos, en depósito, etcétera."²¹

En virtud de lo anterior, debe concluirse que cuando el seguro se contrata con el objeto de proteger un interés cuyo titular es persona distinta al tomador, en estricto rigor se trata de un contrato de seguro a favor o en nombre de un tercero; quien tendrá el derecho, en caso de la realización del siniestro, de exigir a la aseguradora la reparación o indemnización del daño sufrido, en virtud de devenir el mismo de la estipulación consagrada en su favor por el estipulante, siempre y cuando se hayan declarado importantes que deben ser conocidos por la empresa aseguradora.

Con relación a lo anterior, estimamos conveniente destacar la opinión de Díaz Bravo al establecer que: "En la jerga aseguradora es frecuente aplicar también el

²¹ Vázquez del Mercado, op. cit., pág. 263

La evolución de la Institución del Seguro en México

calificativo de asegurada a la cosa respecto de la cual se celebra el contrato, y también al evento al evento dañoso previsto, y así, son usuales las expresiones automóvil asegurado, buque asegurado, riesgo asegurado, etcétera. En rigor gramatical, ni las personas, ni las cosas, ni los riesgos están asegurados, pues la empresa no asegura su existencia, salud, permanencia de las mismas condiciones ni conservación, sino sólo que, al ocurrir el evento previsto, resarcirá el daño o pagará una suma de dinero; en este orden de ideas, lo verdaderamente asegurado es, pues, el resarcimiento de daños y, en su caso la indemnización de perjuicios, o bien el pago de una suma de dinero, en el seguro de vida”.

Cabe hacer la aclaración que por lo que se refiere a los artículos 11 y 12 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, los mismos rompen 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.

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

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

El contrato por cuenta de otro, puede ser con o sin designación de persona, del asegurado (art. 11 L.S.C.S.). El contrato por comisionista (artículos 9º, 10, :1 y 13 L.S.C.S.), crea para éste la obligación de información, ya que debe declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos por él o por su representado.

En el apoderamiento para asegurar se supone también comprendida la autorización de cobro (art. 13 de la L.S.C.S.). El seguro por cuenta de tercero, obliga a la empresa aseguradora, aun en el caso de que el tercero asegurado ratifique el contrato después de siniestro.²²

3.3.- LA OFERTA

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

La oferta es la vía para perfeccionar el contrato de seguro.

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

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

²² Sánchez Flores, Octavio Guillermo. La institución del Seguro en México. Editorial Porrúa, México 2000.

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

De conformidad con lo establecido por 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 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.

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 oferta, pero sujetas a la condición suspensiva de la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

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 (artículo 6° de la L.S.C.S.).

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. En todo caso, las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato, si la empresa le comunica su aceptación dentro de los plazos que fija el artículo 6° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (artículo 7° de la L.S.C.S.).

Para el licenciado Humberto Ruiz Quiroz, el formulario que las aseguradoras denominan solicitud, no constituye una oferta de contrato que dirija la aseguradora al público en general; no puede tener el carácter de oferta o propuesta, porque no contiene todos los elementos esenciales del seguro; ni siquiera el más importante como es la descripción y perfecta delimitación del riesgo.²³

Establece, que el formulario que entrega la aseguradora en sus oficinas o por medio de un agente, no constituye una oferta o propuesta de contrato, sino hasta que es llenada por el contratante del seguro y firmada por él, es el momento en el que éste se convierte en proponente u oferente del contrato para que la aseguradora estudie la oferta y posteriormente la acepte o la rechace, conforme a lo dispuesto en los artículos 5°, 6° y 7° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. para que haya oferta o propuesta en sentido técnico se necesita que se trate de una declaración de voluntad de contratar con una determinada persona, a quien va dirigida esa declaración (por lo cual se dice que tiene carácter de recepticia); que esa declaración contenga todos los elementos esenciales del contrato de seguro que se quiere celebrar, o por lo menos los datos suficientes para su determinación.

Las condiciones particulares, o sean las cláusulas no impresas son en gran parte las que vienen a determinar la extensión del riesgo que se cubre, sus exclusiones, la suma asegurada y la prima que corresponda de acuerdo con la tarifa aplicable. En consecuencia, unidas estas condiciones especiales a las condiciones generales, vienen realmente a constituir lo que técnicamente se llama propuesta u oferta de contrato.

²³ Sánchez Flores, Octavio Guillermo. La institución del Seguro en México. Editorial Porrúa, México 2000.

La evolución de la Institución del Seguro en México

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

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

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

La oferta, aunque se redacte con el consejo o colaboración del agente del asegurador, es un acto unilateral del asegurado. La Compañía Aseguradora, aunque ésta es quien entrega el cuestionario o gestiona el contrato tampoco obliga al asegurado, hasta en tanto no sea aceptada.

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

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

Por lo general, la manera en que se da la aceptación de la aseguradora es mediante la expedición de la póliza que se entrega al asegurado o mediante la expedición del recibo oficial, de pago de prima expedido por la aseguradora, en papelería de la misma aseguradora, en el que se desprendan los datos necesarios para identificar la póliza contratada.

Al respecto la Suprema Corte de Justicia ha emitido el siguiente criterio:

SEGURO. MODIFICACIÓN IMPLÍCITA DE LA OFERTA. Si bien es cierto que según el artículo 5°, parte final, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato, ello es siempre y cuando la empresa comunique la aceptación dentro de los plazos que fija el artículo 7° de la Ley. Por lo que, si no aparece demostrado que se haya comunicado la aceptación dentro de estos plazos y hubo expedición de pólizas parciales que implican la reducción del monto de la oferta, la expedición y entrega de dichas pólizas, y su aceptación, sin reclamación alguna, por parte del proponente, implica que la solicitud u oferta primita quedó modificada.

Sexta Época. Instancia: Tercera Sala. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Tomo XXXV, Cuarta Parte. Página: 95. Amparo directo 4759/57. Irineo a. García, sucesión y coags. 12 de mayo de 1960. Mayoría de 3 votos. Ponente: José Castro Estrada. Disidentes: José López Lira y Gabriel García Rojas.

3.4.- PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO.

Todo contrato mercantil se perfecciona y adquiere vida plena con el consentimiento manifiesto de las partes en relación, es decir, cuando la propuesta de una parte y la aceptación de otra, coinciden entre sí, siendo precedente de este perfeccionamiento, la oferta.²⁴

De conformidad con lo establecido por la fracción 1 del artículo 21° de la Ley Sobre Contrato de Seguro. El contrato de seguro se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios.

El citado contrato se perfecciona en el momento en que el proponente (asegurado) tenga conocimiento de la aceptación de la empresa a la oferta, mediante la expedición de un documento en que declare su aceptación, ya sea la emisión de la póliza o el recibo de prima, según sea el ramo del seguro que se contrate.

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

Asimismo la fracción II del aludido artículo 21° establece que el contrato de seguro no puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima.

De acuerdo a lo anterior, no es necesario para la existencia del contrato la emisión de la póliza y mucho menos la entrega de esta, sino que es suficiente que el solicitante, o contratante u oferente tenga conocimiento de la aceptación de su oferta, por parte de la compañía aseguradora, ya sea diferente o a través del agente o promotor.

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

La aceptación expresa puede hacerse verbalmente, comunicándola en lo personal al proponente ya sea en forma directa en las oficinas de la compañía, ya sea mediante un intercambio, o bien por escrito.

²⁴ El asegurador, México, 2002. Asociación Iberoamericana de prensa en seguros.

La evolución de la Institución del Seguro en México

En cambio, como ya se estableció, el silencio no puede considerarse como aceptación en el caso de la celebración de un contrato de seguro, porque como ya se vio, el único efecto que a la propuesta hace surtir la ley, es la vinculación del proponente y vencido el plazo de quince o treinta días, según sea el caso, la desvinculación se opera automáticamente o en otros términos, no se presume que haya aceptación del asegurador.

Asimismo el maestro Luis Ruiz Rueda, ha establecido que en el supuesto de que llegara a darse, si el asegurador no acepta lisa y llanamente la propuesta, ya sea expresamente o guardando silencio, sino que dentro del término de quince días comunica una aceptación que difiere de la oferta, se considerara esta como rechazada y formulada otra nueva, cuyos efectos son hacer cesar la aplicación del artículo 6°. Si la forma empleada por el asegurador hubiera sido la de expedir nueva póliza con una cláusula adicional, entra en el juego el sistema del artículo 25°, es decir, la nueva oferta se reputara aceptada por el silencio del asegurado, sostenido por un mes, después de la recepción.

Los artículos 6° y 25° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece la aceptación por medio del silencio, al establecer dichos preceptos:

"ARTICULO 6°- Se consideraran aceptadas las ofertas de prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato suspendido. Hechas en carta certificada con acuse de recibo, si la empresa aseguradora no contesta dentro del plazo de quince días, contados desde el siguiente al de recepción de la oferta, pero sujetas a la condición suspensiva de la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

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.

ARTÍCULO 25.- 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 DIA en que reciba las pólizas. Transcurrido este plazo se consideraran aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones."

En el caso del artículo 6°, el asegurado quien tiene el carácter de proponente y el asegurador de aceptante, pero el perfeccionamiento del contrato se verifica al vencimiento del plazo señalado por la ley.

En el supuesto del artículo 25°, es la empresa aseguradora la oferente y el asegurado el aceptante y también se perfecciona el contrato al vencerse el plazo establecido en dicho artículo.

Si en vez de que el asegurador expidiera una nueva póliza con una cláusula adicional de la misma, se limita a rechazar la oferta hecha en esa forma, allí se extinguen los efectos de la misma.

Para el licenciado Oscar Vásquez del Mercado el contrato de seguro no es formal, es consensual, se entiende así por que la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en el artículo 19 dice que para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adicciones y reformas se hará constar por escrito, esto es, la propia ley esta determinando que la forma escrita es esencial para que haya contrato. En efecto, hasta que la oferta se acepte para que el contrato se perfeccione. Así se establece en el Artículo 21 de la citada Ley

Sobre el Contrato de Seguro. El precepto estatuye que el contrato de seguro se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. Continúa en forma categórica estableciendo que no puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición de pago de la prima. Una vez perfeccionado el contrato, la propia ley permita que sus efectos queden suspendidos para tener eficacia en momento posterior que las partes mismas convengan. Tratándose de seguro de vida, el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen medico, si este fuera necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.²⁵

El jurista Luis Ruiz Rueda, al tocar el tema de la muerte del proponente antes de la aceptación, establece que debe tenerse presente que, con excepción de las propuestas de la aceptación y sin haber vencido el plazo de quince días, durante el cual esta vinculado el oferente, es decir obligado a mantener su propuesta, este hubiere fallecido, sin que el aceptante supiera de su muerte; quedaran los herederos de aquel obligados a sostener la propuesta y por tanto el contrato debe considerarse perfeccionado. Esto se desprende ineludiblemente de la aplicación supletoria del artículo 1809 del Código Civil para el Distrito Federal.²⁶

La Corte ha establecido que el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro consagra tres supuestos a) la regla general de la existencia del contrato de seguro, sus adiciones o reformas, así como el hecho de que el conocimiento de la aceptación de la oferta a que se refiere la fracción 1, del artículo 21, del mismo ordenamiento jurídico, precepto que para determinar el momento en que se perfecciona el mencionado contrato, acoge lo que doctrinalmente se conoce como sistema de la información o del conocimiento, requiere la exhibición de la póliza correspondiente b) a falta de la póliza, la existencia de esta se comprueba con la confesión de la aseguradora; c) si esta al confesar que lo celebró, afirma que el asegurado no tuvo conocimiento de la aceptación de la oferta, el único medio de convicción para acreditar esta última circunstancia, lo es la confesión del asegurado y, en su caso, la declaración o testimonio de sus beneficiarios, ahora bien, si los actores, con su libelo inicial, acompañan como documento base de la acción la póliza emitida por la ahora quejosa en la que figuran como beneficiarios, y como medio de convicción dentro de la dilación probatoria, exhiben el recibo correspondiente al pago de la primera prima, se surte el primero de los supuestos requeridos para tener comprobado el contrato, ya que en los términos del referido artículo 19, queda restringida procesalmente la libertad del juzgador para estimar la existencia del contrato a dichos documentos, pues con ellos se acredita plenamente la aceptación de la propuesta por parte de la aseguradora y el conocimiento de esa aceptación por el asegurado, a que se refiere la fracción 1, del artículo 21, de la citada ley" (Amparo Directo 7028/82. "Seguros Monterrey Serfin, S.A., 9 de marzo de 1993. Unanimidad de 4 votos. Ponente: Gloria León Orantes, Secretario: Marco Antonio Rivera Corella. Informe 1983. Tercera Sala, N° 101, Pág. 78).

Por lo que respecta a seguros marítimos, el artículo 222 de la Ley de Navegación y Comercio Marítimo, preceptúa que a falta de póliza, el contrato de seguro se probará por cualquier otro medio de prueba legal.

²⁵ Vázquez del Mercado, Oscar, Contratos Mercantiles, México, Ed. Porrúa, 1989

²⁶ Ruiz Rueda, Luis. El Contrato de Seguro. Editorial Porrúa, México, 1978

Antes de concluir el presente punto, es necesario tener presente lo establecido por el artículo 3º, fracción II de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que establece:

“ARTICULO 3º-En materia de actividad aseguradora:

I...

II. Se prohíbe contratar con empresas extranjeras

1. Seguros de personas cuando el asegurado se encuentre en la Republica al celebrarse el contrato.

2. (Derogado):

3. Seguros de cascos de naves o aeronaves y de cualquier base de vehículos, contra riesgos propios del ramo marítimo y de transportes , siempre que dichas naves, aeronaves o vehículos sean matricula mexicana o propiedad de persona domiciliadas en la Republica;

4. Seguros de Crédito, cuando el asegurado este sujeto a la legislación mexicana;

5. Seguros contra la responsabilidad civil, derivada de eventos que puedan ocurrir en la Republica y

6. Seguros de los demás ramos contra riesgos que puedan ocurrir en territorio mexicano, No se consideraran como tales los seguros de no residentes en territorio mexicano contratan fuera del mismo para sus personas o sus vehículos, para cubrir riesgos durante sus internacionales eventuales;

III. En los siguientes casos, la Secretaria de Hacienda y Crédito Publico podrá exceptuar de lo dispuesto en las fracciones anteriores:

1. A las empresas extranjeras que , previa autorización de la citada Secretaria y cumpliendo los requisitos que la misma establezca celebren contratos de seguros en territorio nacional, que ampare aquellos riesgos que solo puedan ocurrir en los países extranjeros en donde estén autorizadas para prestar servicios de seguros;

La Secretaria de Hacienda y Crédito Publico, previa opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas, podrá revocar la autorización otorgada en los términos del párrafo anterior, cuando conste que están en peligro los intereses de los usuarios de los servicios de aseguramiento, oyendo previamente a la empresa de que se trate; y

2. A la persona que compruebe que ninguna de las empresas aseguradoras facultadas para operar en el país, pueda o estime conveniente realizar determinada operación de seguros que les hubiera propuesta. En este caso, se podrá otorgar discrecionalmente una autorización específica para que lo contrate con una empresa extranjera, directamente o a través de una institución de seguros del país; y

IV. Se prohíbe a toda persona ofrecer directamente o como intermediario en territorio nacional por cualquier medio publico o privado las operaciones a que se refiere el primer párrafo de la fracción I y la fracción II de este articulo, así como seguros sobre bienes que se transporten de territorio mexicano a territorio extranjero y viceversa.

Los contratos concertados contra las prohibiciones de este artículo, no producirán efecto legal alguno, sin perjuicio del derecho del contratante o asegurado de pedir el reintegro de las primas pagadas e independientemente de las responsabilidades en que incurra la persona o entidad de que se trate, frente al contratante, asegurado o beneficiario o sus causahabientes, de buena fe y de las sanciones a que se haga acreedora dicha persona o entidad en los términos de esta ley.

Lo dispuesto en el párrafo anterior no es aplicable a los seguros contratados contra la autorización específica de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a que se refiere este artículo." Las sanciones que se contemplan en este punto se encuentran señaladas dentro del artículo 141, fracción II del mismo ordenamiento legal.

A continuación se mencionan algunos criterios sustentados por la Suprema Corte de Justicia de la Nación respecto del perfeccionamiento del contrato seguro:

SEGURO, PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE.- El contrato de seguro es consensual y su eficacia no queda subordinada a la entrega de la póliza o al pago de la prima, sino que se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. Por tal motivo, para la comprobación de la existencia del contrato, solo puede exigirse la demostración de los siguientes elementos: la oferta escrita de celebración, suscrita por el proponente; la aceptación de la oferta por parte de la aseguradora, previo los trámites correspondientes; y la afirmación del proponente, esto es, que este haya tenido conocimiento de la aceptación de su oferta.

Sexta Época. Instancia: Tercera Sala. Fuente: Seminario judicial de la Federación. Tomo xxxv. Cuarta Parte. Pagina. 95. Amparo directo 4759/57 Irineo A. García Sucesión y coags. 12 de mayo de 1960. Mayoría de 3 votos. Ponente: José Castro ESTRADA. Disidentes: José López Lira y Gabriel García Rojas.

CONTRATO DE SEGURO, PERFECCIONAMIENTO DEL.-

Según el artículo 21 de La Ley sobre el Contrato de Seguro, el contrato se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación del aseguramiento de que se trata; por tanto, si de acuerdo con lo convenido con el agente de seguros, el proponente pago la prima del seguro respectivo con dos cheques, que la aseguradora en su contestación de demanda reconoció que los recibió y cobro; es evidente que tales hechos acreditan que la empresa aceptó la propuesta del aseguramiento.

Octava Época. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente Semanaria Judicial de la Federación. Tomo: VIII-Agosto. Pagina: 167. QUINTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO. Amparo directo 1637/91. Seguros de México, S. a . 12 de junio de 1991. Unanimidad de votos. Ponente: Ignacio M. Cal y Mayor Gutiérrez. Secretario: José Vicente Peredo.

SEGURO, PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE.- Si bien es cierta la afirmación del tribunal de segundo grado en el sentido de que para demostrar la actora la procedencia de su acción, era necesario que acreditara que el contrato se perfecciono, en términos de la fracción 1 del artículo 21 de la Ley sobre el Contrato de Seguro que dispone que el contrato de seguro se perfecciona, desde el momento en que el

proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta; también lo es que, como el propio tribunal superior lo señala, el medio idóneo para probar la existencia del contrato de seguro, sus adiciones y reformas, y los derechos y obligaciones que el mismo emanan a las partes, es la póliza, que la aseguradora debe expedirle al asegurado, en cumplimiento a lo ordenado por los numerales 19 y 20 de ordenamiento citado, ya que de acuerdo con lo dispuesto en el primero de ellos, la existencia del contrato se demuestra, en primer lugar, con la póliza de seguro, a falta de esta, con la confesión del asegurado, o el testimonio de los beneficiarios; consecuentemente, si en la especie, la parte actora exhibió como documento fundatorio de su acción, la póliza que la demanda expidió a favor del asegurado es innegable que contrariamente a lo sostenido por el tribunal de alzada, con ese solo instrumento si acreditó que el contrato de seguro se perfeccionó en virtud de que el artículo 20 de la Ley citada, dispone que la empresa aseguradora debe entregarle al contratante ese documento, no al proponente, y la expedición de la póliza no es para hacerle saber al solicitante, que su pretensión de contratar un seguro fue aceptada, como erróneamente lo consideró el tribunal ad quem, ya que tal documento contiene los términos en que las partes celebraron el contrato de seguro, después, la aseguradora, aceptar tal propuesta y hacérselo saber al oferente para, una vez configurado el consentimiento de los contratantes, de común acuerdo fijar el o los riesgos asegurados, las garantías correspondientes, el costo de la prima, el inicio y culminación de la vigencia del contrato, los nombres de los beneficiarios, las excluyentes de responsabilidad, y los demás derechos y obligaciones de las partes.

Octava Época. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente: Semanario Judicial de la Federación Tomo: IX-Abril. Pagina: 633 QUINTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO. Amparo directo 7103/91. María Sánchez Mujerjo y otros. 26 de marzo de 1992. Unanimidad de votos. Ponente: José Luis Caballero Cárdenas. Secretario: Alejandro Javier Pizana Nila.

SEGUROS FACULTADES DE LOS AGENTES DE.- La aceptación de las condiciones impuestas o de la contraposición de una compañía de seguros y por tanto, el perfeccionamiento del contrato de seguro por haber tenido conocimiento de tal aceptación, no ocurre en momento en que el solicitante lo pone en conocimiento del agente de la aseguradora, si este no está facultado por su contrato y tampoco lo está por la ley, para recibir comunicaciones de esa especie y por lo mismo, tal conocimiento tiene verificativo hasta que dicha aseguradora reciba la noticia de la aceptación.

Quinta Época. Instancia: Sala Auxiliar. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Tomo: CXL. Pagina: 932. Amparo civil directo 6764/48. Marítima Pesquera, S.A. de R. L. de C. V. y coagraviado. 8 de febrero de 1952. Unanimidad de cuatro votos. Ponente: Rafael Matos Escobedo.

SEGURO. CONTRATO DE.- Para el perfeccionamiento del contrato de seguros, se requiere la expedición y entrega de la póliza, por parte de la compañía, al asegurado, y el pago de la prima correspondiente, por parte de este, a aquella, y una vez verificado el contrato. Si ocurriere el siniestro, tendrá la compañía obligación de pagarlo, aun en el caso de que se hubiere admitido como pago, obligaciones que no hubieren sido cumplidas.

Quinta Época. Instancia: Tercera Sala. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Tomo: XXXVII. Pagina: 1626. Tomo XXXVII. Pág. 1626. Recurso de suplica 80/20, "Los leñadores del mundo", s. a. 20 de marzo de 1933 Unanimidad de 5 votos.

SEGURO DE VIDA, PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE.- Tratándose del seguro de vida la ley distingue entre el caso que fuere necesario examen medico, y la hipótesis contraria. En el primer supuesto si el contrato se celebra a plazo, este no puede exceder de treinta días contados a partir del examen medico del asegurado, cuando dicho examen fuese necesario. Si el examen medico no fuere necesario el examen medico, ya que cuando no lo fuere surte sus efectos desde la oferta, en este supuesto se adopta la teoría de la emisión puesto que el legislador pretende la protección inmediata del solicitante que se encuentra en perfecto estado de salud, En consecuencia, no es aplicable la regla general prevista en la fracción 1. Del artículo 21 de la ley de la materia, sino la fracción III de dicho dispositivo.

Octava Época. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Tomo: X. Septiembre. Pagina: 368. TERCER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO. Amparo directo 2314/92 . Rebeca Elena Ramos viuda de Barrera. 30 de abril de 1992. Unanimidad de votos. Ponente: José Becerra Santiago. Secretario: Marco Antonio Rodríguez Barajas.

CONTRATO DE SEGURO. SUPUESTOS MEDIANTE LOS CUALES SE PERFECCIONA.-El contrato de seguro es de naturaleza consensual, sus efectos jurídicos se producen a partir del momento en que las partes contratantes aceptan los derechos y obligaciones pactados en relación al objeto, cosa, precio y demás términos. Es decir, que para que nazca un contrato, es menester que se de un acuerdo de voluntades entre los interesados, como lo prevé el artículo 19 de la Ley sobre el contrato de Seguro. El citado precepto establece tres supuestos mediante los cuales se perfecciona un contrato de seguro a saber: a) Conforme a la fracción 1 del artículo 21 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se acredita mediante la expedición de la póliza correspondiente o algún otro documento formulado por la aseguradora: b) A falta de póliza, la existencia del contrato se comprueba con la confesión de la aseguradora: c) A falta de la póliza, si la aseguradora confiesa que celebro el contrato, pero afirma que el asegurado no tuvo conocimiento de la aceptación de la oferta, los medios de convicción idóneos para acreditar esta última circunstancia lo son la confesión del asegurado, y en su caso, la declaración de testigos.

Octava Época. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente Semanario Judicial de la Federación. Tomo. XIII – Mayo. Pagina: 421. OCTAVO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO. Amparo directo 34/94. Oscar Martín Barnuch. 10 de febrero de 1994. Unanimidad de votos. Ponente: María del Carmen Sánchez Hidalgo. Secretaria: Edith Alarcón Meixueiro.

3.5.- LA POLIZA.

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, particular o especial, regulan las relaciones contractuales convenidas entre la compañía aseguradora y el asegurado, integrándose por una carátula de la póliza, condiciones generales y endoso o endosos, en el que se establecen ciertas modificaciones o aclaraciones al contenido de la póliza contratada. Es el documento principal del contrato de seguro.²⁷

²⁷ F. Morandi, Juan Carlos. El riesgo en el contrato de seguro. Editora argentina. Argentina, 1990.

La evolución de la Institución del Seguro en México

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

De conformidad con el artículo 7° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de ofertas suministrado por la empresa aseguradora, o bien remitirse al proponente para que éste las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa.

El proponente no estará obligado por su oferta si la empresa no cumple con esta disposición. En todo Caso, las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato, si la empresa le comunica su aceptación dentro de los plazos que fija el Artículo 6° de la ley de que se trata, el cual establece que: " se consideraran aceptadas las ofertas de prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato suspendido, hechas en carta certificada con acuse de recibo, si la empresa aseguradora no contesta dentro del plazo de quince días, contados desde el siguiente al de recepción de la oferta pero sujetas a la condición suspensiva de la aprobación de la Secretaria de Hacienda y Crédito Publico."

En la práctica, la concertación de cada contrato concreto de seguros se inicia casi siempre con la propuesta hecha al asegurador y tiene como efecto vincular al oferente por quince o por treinta días, según los casos previstos por el artículo 5°, de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que establece:

"ARTICULO 5°.- Las ofertas de celebración, prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato suspendido, obligaran al proponente durante el termino de quince días, o el de treinta cuando fuere necesario practicar examen medico, si no se fija un plazo menos para la aceptación."

3.6.- LA EMPRESA ASEGURADORA Y LAS FORMAS SOCIALES QUE PUEDEN PRACTICAR EL SEGURO EN MÉXICO.

Se ha definido como la persona que, mediante la formalización de un contrato de seguro, asume las consecuencias dañosas producidas por la realización del evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, asumiendo en nuestro país la forma de sociedad anónima o sociedad mutualista.²⁸

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

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

²⁸ Minzoni Consorti, Antonio. Memorias de los 50 años de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Ediciones de la CNSyF, México, 1996.

La evolución de la Institución del Seguro en México

Para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros se requerirá la autorización del gobierno federal, que compete otorgar discrecionalmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (artículo 5 de la L.G.I.S.M.S.).

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

De conformidad con el artículo 16 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la solicitud de autorización deberá acompañarse del proyecto de escritura constitutiva o contrato social; un plan de actividades que como mínimo, contemple el capital o fondo social inicial, ámbito geográfico y programas de operación técnica, colocación de seguros y organización administrativa, así como del comprobante de haber constituido en Nacional Financiera, S. N. C., un depósito en moneda nacional o en valores de Estado, por su valor de mercado, igual al diez por ciento del capital mínimo con que deba operar según esta ley. La autorización respectiva quedará sujeta a la condición de que la empresa de seguros quede organizada y dé comienzo a sus operaciones en los plazos a que se refieren la fracción 1 del artículo 75 y la fracción 1 del artículo 97 de esta ley. Este depósito se devolverá al comenzar las operaciones o denegarse la autorización, pero se aplicará al fisco federal si otorgada la misma no se cumpliere la condición referida. En el caso de que se deniegue la autorización, la autoridad podrá retener al solicitante, hasta el diez por ciento del depósito y lo aplicará al fisco federal en razón de las erogaciones que en el trámite se hubiera hecho.

El depósito de que trata este artículo no se exigirá cuando una institución o sociedad mutualista de seguros, que se encuentre operando, solicite ampliar su objeto para practicar operaciones o ramos distintos a aquellos para los que tenga autorización en los términos de esta ley (artículo 16 de la L.G.I.S.M.S.).

Se publicará en el Diario Oficial de la Federación, a costa de los interesados, la autorización para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros, así como las modificaciones a la misma. Los acuerdos de revocación se publicarán sin costo para la Institución o sociedad mutualista de seguros correspondiente.

No podrán inscribirse en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, escrituras constitutivas o sus modificaciones, de sociedades en cuyo nombre, razón social o denominación se emplee cualquiera de las palabras como seguro, reaseguro, aseguramiento u otras que expresen ideas semejantes en cualquier idioma, o cuyo objeto sea operar en materia de seguros, si no se insertan los documentos oficiales que comprueben la existencia de la autorización que exige esta ley.

Tratándose de la escritura constitutiva o sus modificaciones, de instituciones de seguros o del contrato social o sus modificaciones de sociedades mutualistas de seguros, deberá comprobarse, además, que se cuenta con la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en los términos de los artículos 29, fracción IX Y 78, Fracción XVI, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, sin la cual dichas inscripciones no producirán efectos legales (artículo 21 de L.G.I.S.M.S.).

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en cualquier momento, podrá solicitar del Registro Público de la Propiedad y del Comercio, certificados respecto de los bienes o

La evolución de la Institución del Seguro en México

créditos de las instituciones o sociedades mutualistas de seguros (artículo 22 de la L.G.I.S.M.S.).

Asimismo de conformidad al citado ordenamiento legal las instituciones de seguros realizarán su objeto social por medio de uno o más funcionarios que se designen especialmente al efecto y de cuyos actos responderá directa e ilimitadamente la institución, sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales en que ellos incurran personalmente. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, con acuerdo de su Junta de Gobierno, oyendo previamente al interesado y al representante de la institución, podrá en todo tiempo determinar que se proceda a la remoción o suspensión de los miembros del consejo de administración, comisarios directores generales, directores y gerentes, así como cualquier funcionario que pueda obligar con su firma a la institución, cuando considere que tales personas no cuentan con la suficiente calidad técnica o moral para el desempeño de sus funciones, o no reúnan los requisitos al efecto establecidos, o incurran de manera grave o reiterada en infracciones a la presente ley o a las disposiciones de carácter general que de ellas deriven. En los dos últimos supuestos, la propia Comisión podrá además, inhabilitar a las citadas personas para desempeñar un empleo, cargo o comisión dentro del sistema financiero mexicano, por un periodo de seis meses a diez años, sin perjuicio de las sanciones que conforme a este u otros ordenamientos legales fueren aplicables.

Para imponer la remoción o suspensión, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas deberá tomar en cuenta:

- I.- La gravedad de la infracción y la conveniencia de evitar estas prácticas;
- II.- El nivel jerárquico, los antecedentes, la antigüedad y las condiciones del infractor;
- III.- Las condiciones exteriores y las medidas de ejecución;
- IV.- La reincidencia, y
- V. El monto del beneficio, daño o perjuicio económicos derivados de la infracción.

Las resoluciones de remoción o suspensión podrán ser recurridas ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, dentro de los quince días que sigan a la fecha en que la misma se hubiera notificado. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público podrá revocar, modificar o confirmar, la resolución recurrida con audiencia de las partes (artículo 31 de la L.G.I.S.M.S.).

Conforme al artículo 34 de la referida Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Las instituciones de seguros solo podrán realizar las operaciones siguientes:

- I. Practicar las operaciones de seguros, reaseguros y reafianzamiento a que se refiere la autorización que exige esta ley;
- II. Constituir e invertir las reservas previstas en la ley;
- III. Administrar las sumas que por concepto de dividendos o indemnizaciones les confíen a los asegurados o sus beneficiarios;
- III Bis. Administrar las reservas correspondientes a contratos de seguros que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro de personas a que se refiere el segundo párrafo de la fracción I del artículo 8° de esta ley;

- IV. Actuar como institución fiduciaria en el caso de fideicomisos de administración en que se afecten recursos relacionados con el pago de primas por lo contratos de seguros que se celebren, así como cuando se trate de fideicomisos privados complementarios de seguros obligatorios a que se refiere el artículo 350 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

Las instituciones de seguros autorizadas para practicar operaciones de vida, también podrán ser fiduciarias en el caso de fideicomisos en que se afecten recursos relacionados con primas de antigüedad, fondos individuales de pensiones, rentas vitalicias, dividendos y sumas aseguradas, o con la administración de reservas para fondos de pensiones o jubilaciones del personal, complementarias a las que se establecen las leyes sobre seguridad social y de primas de antigüedad.

La administración de dichas operaciones se realizará a través de contratos de fideicomiso, en los términos que para las instituciones de crédito señalan los artículos 79 y 80 de la Ley de Instituciones de Crédito;

- V. Administrar las reservas retenidas a instituciones del país y del extranjero, correspondientes a las operaciones de reaseguro y reafianzamiento;
- VI. Dar en administración a las instituciones cedentes, del país o del extranjero, las reservas constituidas por primas retenidas correspondientes a operaciones de reaseguro o reafianzamiento;
- VII. Efectuar inversiones en el extranjero por las reservas técnicas o en cumplimiento de otros requisitos necesarios, correspondientes a operaciones practicadas fuera del país;
- VIII. Constituir depósitos en instituciones de crédito y en bancos del extranjero en los términos de esta ley;
- IX. Recibir títulos en descuento y redescuento a instituciones y organizaciones auxiliares del crédito y a fondos permanentes de fomento económico destinados en fideicomiso por el Gobierno Federal en instituciones de crédito;
- X. Otorgar préstamos o créditos;
- X Bis. Emitir operaciones subordinadas que deberán ser obligatoriamente convertibles a capital hasta por un monto igual al capital pagado de la institución.
Este tipo de obligaciones y sus cupones serán títulos de crédito con los mismos requisitos y características que los bonos bancarios salvo el previsto en la presente fracción.
En caso de liquidación de la emisora, el pago de las obligaciones subordinadas se hará prorrogando después de cubrir todas las demás deudas de la institución, pero antes de repartir a los titulares de las acciones el haber social. En el acta de emisión relativa y en los títulos que se expidan deberá hacerse constar en forma destacada, lo dispuesto en este párrafo.

Estos títulos podrán emitirse en moneda nacional o extranjera mediante declaración unilateral de voluntad de la emisora, que se hará constar ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La emisión de este tipo de obligaciones requerirá del correspondiente dictamen formulado por una sociedad calificadora de valores.

En el acta de emisión podrá designarse un representante común de los tenedores de sus obligaciones, en cuyo caso, se deberán indicar sus derechos y obligaciones, así como los términos y condiciones en que podrá procederse a su remoción y a la designación de un nuevo representante. No se aplicara a estos representantes, lo previsto en la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito, para los representantes comunes de obligacionistas;

- XI. Operar con valores en los términos de las disposiciones de la presente ley del Mercado de Valores;
- XI Bis. Emitir documentos que otorguen a sus titulares derechos de crédito conforme a la Ley del Mercado de Valores que puedan ser materia de oferta pública y de intermediación en el mercado de valores en términos de lo previsto en la citada ley y en las disposiciones de carácter general que expida la Comisión Nacional de Valores para estos efectos, siempre y cuando tales emisiones no se ubiquen en los supuestos a que se refiere el artículo 62 de esta ley;
- XII. Operar con documentos mercantiles por cuenta propia, para la realización de su objeto social;
- XIII. Adquirir, construir y administrar viviendas de interés social e inmuebles urbanos de productos regulares;
- XIV. Bis. Invertir en el capital de las administradoras de fondos para el retiro y en el de las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro, en los términos de la legislación aplicable;
- XV. Actuar como comisionista con representación de empresas extranjeras para efectos de lo previsto en los incisos 1) y 2) de la fracción III, del artículo 3° de esta ley, y
- XVI. Efectuar, en los términos que señale la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, las operaciones análogas y conexas que autorice.

FORMAS SOCIALES QUE PUEDEN PRACTICAR EL SEGURO EN MÉXICO.

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

También se presentan las asociaciones de seguros que consisten en la existencia de asociaciones de personas que, sin expedir pólizas o celebrar contratos, actúen como aseguradoras de sus integrantes en cualquier tipo de operación o ramo. Salvo en coberturas de naturaleza catastrófica o de alto riesgo por monto o acumulaciones, todo

ello sin sujetarse a los requisitos fijados por la ley, pero deberán someterse a las reglas generales que expida la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, donde se fijaran las bases para que cuando proceda por el número de asociados, por la frecuencia e importancia de los seguros que concedan y de los siniestros pagados, la misma secretaria ordene a estas asociaciones que se ajusten a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, convirtiéndose en sociedades mutualistas de seguros.

3.7.- PROHIBICIONES A LAS ASEGURADORAS.

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

- I. Dar en garantía sus propiedades;
- II. Obtener prestamos, a excepción hecha de la emisión que hagan de obligaciones subordinadas convertibles a capital, conforma a los dispuesto en el artículo 34. Fracción X bis de la L.G.I.S.M.S.;
- II BIS. Realizar contratos de reaseguro que impliquen la asunción de pasivos sin cumplir con lo dispuesto en la fracción I bis del artículo 35 de la Ley.
- II BIS-1. Asumir riesgos u otorgar financiamientos bajo esquemas de reaseguro financiero, cuando no se trate de instituciones autorizadas para practicar exclusivamente el reaseguro;
- III. Dar en reporto títulos de crédito;
- IV. Dar en prenda los títulos o valores de su cartera;
- V. Operar con sus propias acciones, salvo en los casos previstos en la Ley del Mercado de Valores;
- VI. En las operaciones a que se refiere la fracción IV del artículo 34 (Excepciones para celebrar Contratos de Fideicomiso);
- VII. Aceptar riesgos mayores de los establecidos en el artículo 37 de la L.G.I.S.M.S.;
- VIII. Otorgar avales, fianzas o cauciones;
- IX. Comerciar con mercancías de cualquier clase;
- X. Entrar en sociedades de responsabilidad ilimitada y explotar por su cuenta minas, plantas metalúrgicas, establecimientos mercantiles o industriales o fincas rusticas, sin perjuicio de la facultad de poseer bonos, obligaciones, acciones u otros títulos de dichas empresas conforme a lo previsto en esta Ley. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá autorizar que continúen su explotación cuando las reciban en adjudicación o pagos de adeudos, o para aseguramiento de los ya concertados, o al ejercitar los derechos que les confieran las operaciones que celebren conforme a esta ley, sin exceder los plazos a que se refiere la fracción XI de este artículo;
- XI. Adquirir bienes, títulos o valores que no deban conservar en su activo.
Tampoco podrán adquirir los activos a que se refiere el artículo 61 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en exceso de los límites o con recursos distintos a los establecidos por el mismo artículo,

con excepción de los que autorice la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

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

- XII. Celebrar operaciones en virtud de las cuales resulten o puedan resultar deudores de la institución, los directores generales o sus equivalentes y las personas que ocupen cargos con las dos jerarquías inferiores a las de aquellos, salvo que correspondan a prestaciones de carácter laboral otorgadas de manera general; los comisarios propietarios o suplentes, estén o no en funciones; los auditores externos de la institución; o de los ascendientes o descendientes en primer grado o cónyuges de las personas anteriores. Lo dispuesto en esta fracción no se aplicara cuando se trate de prestamos con garantía de las reservas matemáticas de primas de la operación de vida, con excepción a los contratos de seguro de pensiones derivadas de las leyes de seguridad social, y
- XIII. Repartir dividendos con los fondos de las reservas que hayan constituido por disposición legal o de otras reservas creadas para compensar o absorber pérdidas futuras.

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

3.8.- DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS ASEGURADORAS.

DERECHOS

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

La evolución de la Institución del Seguro en México

- 2) Rescindir el contrato en caso de cambio de dueño de la cosa asegurada (artículo 107 de la L.S.C.S.);
- 3) Reducir la prestación debida, en caso e que no se le notifique oportunamente la ocurrencia del siniestro (artículo 66 de L.S.C.S.).
- 4) Adquirir los efectos salvados del siniestro, mediante pago al asegurado (artículo 116 de la L.S.C.S.).
- 5) Elegir como forma de cumplir con su obligación principal, entre el pago, la reposición o la reparación de la cosa asegurada (artículo 116 de la L.S.C.S.).
- 6) La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo (artículo 69 de la L.S.C.S.).

OBLIGACIONES

Son obligaciones del asegurador, entre otras, las siguientes:

- 1) El pago de la indemnización en los términos previstos en el contrato. Es la principal obligación del asegurador, motivada por la ocurrencia de un siniestro indemnizable, notificado por el asegurado y determinada por la tasación de los daños, producido por el siniestro en caso de ser procedente el mismo. En caso contrario tendrá la obligación de notificar al asegurado el rechazo del mismo con base en las normas de la póliza.
- 2) Entregar al contratante del seguro una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes en los términos del artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- 3) La empresa aseguradora tendrá la obligación de expedir, a solicitud y costa del asegurado, copia o duplicado de la póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta (artículo 23 de L.S.C.S.).

3.9.- EL RIESGO.

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

También se ha definido como la posible ocurrencia por azar de un acontecimiento o daño que produce una necesidad económica.²⁹

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

Para el licenciado Omar Olvera de Luna el riesgo puede definirse diciendo que es el evento futuro e incierto, de cuya realización depende el nacimiento de la obligación de la empresa aseguradora. Es la eventualidad prevista en el contrato.³⁰

²⁹Sánchez Flores, Octavio Guillermo. La institución del Seguro en México. Editorial Porrúa, México 2000.

El tratadista Halperin considera: "El riesgo es un hecho eventual, generalmente futuro (porque existen seguros retroactivos), del actual, generalmente futuro (seguro de interés o patrimoniales o daños) o que puede afectar la vida humana o la integridad física (seguros de personas)... Es la eventualidad prevista en el contrato. La noción de eventualidad excluye la certidumbre y la posibilidad, pero excluye la voluntad, siempre que el acontecimiento no dependa inevitable y exclusiva de ella".³¹

Para el autor mexicano Vázquez del Mercado, el riesgo se puede conceptualizar de la manera siguiente: "Es el evento esencial en todo contrato de seguro. Es la posibilidad de un evento dañoso, al grado de que si no existe esa posibilidad y no hay riesgo, no puede celebrarse el contrato y si así sucede el contrato es nulo... En el seguro la prestación de uno de los contratantes, el asegurador, depende de que el riesgo se convierta en siniestro... El riesgo consiste en la eventualidad de que se dé un acontecimiento futuro, que puede ser incierto, o bien cierto pero de plazo indeterminado. El acontecimiento no depende de la voluntad de los sujetos, por lo que puede o no suceder... todo interés económico que una persona tenga en que no produzca un siniestro, podrá ser objeto del contrato de seguros contra daños".³²

El tratadista Arturo Díaz Bravo, establece que es: "La posibilidad de que ocurra un acontecimiento dañoso: tal es la común definición del riesgo, aplicable también a uno de los elementos característicos del seguro. En efecto, todo seguro debe significar un riesgo para el asegurador, por cuanto asume la obligación de resarcir al asegurado los daños que éste su vez, resiente por la eventual realización con acontecimiento dañoso, o sobre la imposibilidad de su realización, no habrá seguro".³³

Con relación a esas notas en cemento, el tratadista Ruiz Rueda considera: "Al designar el artículo 1º de la Ley, con la palabra eventualidad, lo caracteriza como: a) Acontecimiento posible; por lo cual todo aquello que sea imposible de ocurrir, no será eventualidad ni tampoco riesgo, b) Acontecimiento contingente, es decir, de realización incierta de manera que aquello que necesariamente deba ocurrir, no será eventualidad ni tampoco riesgo; c) Acontecimiento futuro, precisamente por ser de realización incierta; d) Como un acontecimiento dañoso, cuando se hace depender de su realización el pago de la indemnización".³⁴

Agrega que tanto del artículo 1º, cuanto los artículos 45 y 46 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se desprende evidentemente que el riesgo, o sea la eventualidad prevista en el contrato, es uno de los elementos esenciales específicos del mismo. No sólo por la enumeración que de ellos hace la primera de las normas citadas, al definir el contrato de seguro, sino también por que los artículos 45 y 88 hacen de su extinción o de su posibilidad de surgir, cuando el asegurador acepte la propuesta de celebración del contrato, una causa de nulidad de éste, aunque siendo la terminología del Código Civil, debería ser más bien de inexistencia, puesto que sin riesgo asegurado, es imposible la presentación del asegurador o en otros términos no existe el objeto que según el artículo 1794 del Código ya citado, es requisito para la existencia del contrato general.

³⁰ Actualización en Seguros y Fianzas. Editado por la CNS y F México 2001.

³¹ Halperin, Isaac, Lecciones de Seguros, Buenos Aires, Ediciones De Palma, 1993

³² Vázquez del Mercado, Oscar, Contratos Mercantiles, México, Ed. Porrúa, 1989

³³ Díaz Bravo, Arturo, Contratos Mercantiles. Editorial Harla, México, 1998.

³⁴ Ruiz Rueda, Luis El Contrato de Seguro. Editorial Porrúa, México, 1978

La evolución de la Institución del Seguro en México

Agregar que la Ley emplea la palabra riesgo con diversos sentidos, como lo revela un somero examen de la misma:

a) Es, en primer lugar, una eventualidad que amenaza el patrimonio o la persona del asegurado, es decir, un acontecimiento futuro, realización incierta y dañoso (artículo 1º de la L. S.C. S.);

b) Es también la causa determinante del evento previsto en el contrato (artículo 78, 79, 98 y 99 de la L. S.C. S.).

c) Es, además, la simple posibilidad o probabilidad abstracta de que se realice dicho evento (artículo 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62 y 63 de la L. S.C. S.).

Todos los riesgos no son asegurables. Es de menester que reúnan ciertos 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 posibilidades del siniestro. Cuanto mayor y más precisa sea la observación, más cuidadas serán las clasificaciones de los riesgos y más homogéneos.

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

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

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

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

Esto no excluye que se garanticen los siniestros causados por culpa del asegurado, por que el acontecimiento sigue siendo incierto.

Este riesgo derivado de la culpa (derivado de la acción humana, aunque no sea intencional ni voluntaria) se llama subjetivo; y objetivo, al que es totalmente independiente de la influencia del asegurado, esto debido, al uso de cosas peligrosas.

El licenciado Arturo Díaz Bravo, alude a la existencia del riesgo objetivo y subjetivo. Establece que "hasta ahora se ha hecho referencia al riesgo objetivo, vale decir, al acontecimiento futuro e incierto, pues bien, hay que agregar que la Ley Sobre el

La evolución de la Institución del Seguro en México

Contrato de Seguro permite asegurar también un acontecimiento pretérito, a condición de que su realización sea incierta para ambas partes: se trata del riesgo subjetivo, que es aquel cuya realización o no en el pasado desconocen el asegurador y el tomador. En otras palabras: para la validez de un seguro con efectos retroactivos, es requisito indispensable el absoluto desconocimiento de las partes acerca de la suerte que, durante el lapso retroactivo de la cobertura, hayan corrido los bienes objeto del contrato.

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

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

- a) Incertidumbre y posibilidad. El riesgo ha de ser posible e incierto. Si fuera imposible o cierto, no podría celebrarse un seguro sobre el mismo (artículo 45 L.S.C.S.);
- b) Objetividad. El riesgo es objetivo; no depende del capricho del asegurado. En esto se diferencia, el riesgo del juego, de que es objeto del seguro.

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

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

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

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 primer prima o fracción de ella (artículo 35 de la L.S.C.S.).

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

Si el riesgo deja de existir después de la celebración del contrato, éste se resolverá de pleno derecho y la prima se deberá únicamente por el año en curso, a no ser que los efectos del seguro deban comenzar en un momento posterior a la celebración del

La evolución de la Institución del Seguro en México

contrato y el riesgo desapareciere en el intervalo, en cuyo caso la empresa sólo podrá exigir el reembolso de los gastos (artículo 46 de la L.S.C.S.).

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

Respecto al seguro de daños, el contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración la cosa asegurada ha perecido o no puede seguir ya expuesta a los riesgos (artículo 88 de la L.S.C.S.).

Conceptos relacionados con el riesgo

Cobertura. Es el riesgo contratado. Es lo que la compañía aseguradora está cubierta para el caso de que se presente un siniestro y como consecuencia de ello, está la eventualidad prevista en el contrato. Es sinónimo de garantía. La consecuencia de una cobertura otorgada es en principio el pago de la indemnización correspondiente.³⁵

Valoración del riesgo. Entendiéndose por éste la apreciación o valoración del monto económico de una cosa, encontrándose entre los tipos de valor, el valor convenido y el valor de mercado o real.

En relación con el mecanismo de la información del riesgo, el jurista Luis Ruiz Rueda, ha establecido que hay dos sistemas; el de la declaración espontánea, que es el establecido por la ley francesa y el del cuestionario, preferido por la ley suiza.³⁶

El de la declaración espontánea deja a la iniciativa del proponente la selección de los datos que se proporcionan al asegurado, fundándose en que aquél es quien tiene mejor conocimiento de ellos; pero expone grandemente a la omisión, aunque sea de buena fe, simplemente por falta de criterio para apreciar la importancia de un hecho o de una circunstancia; deja mayor campo a la reticencia con mayor o menor dosis de mala fe y aún a la ocultación dolosa.

La práctica del cuestionario permite una mejor selección de datos importantes, gracias a la experiencia profesional del asegurador y a su mayor interés en conocer los aspectos desfavorables. De ahí que incluso en los países donde la ley ha establecido el sistema de la declaración espontánea como Francia, los aseguradores proporcionan cuestionarios, y en todas partes se procura realizar además, una inspección directa de esas circunstancias, por ejemplo el examen médico en seguro de vida, se realiza con la finalidad de disminuir las posibilidades de inadvertencia de un elemento importante, en la actualidad se le ha dado mucho mayor importancia a este punto en razón de las reformas que tuvo el artículo 140 de la L.G.I.S.M.S.

El sistema de cuestionario, tiene dos consecuencias:

³⁵ F. Morandi, Juan Carlos. El riesgo en el contrato de seguro. Editora argentina, Argentina, 1990.

³⁶ Ruiz Rueda, Luis. El Contrato de Seguro. Editorial Porrúa, México, 1978

a) simplificar la labor del proponente del seguro, quien no tiene así que realizar un trabajo de selección de datos, sino que se reduce a responder lealmente a las preguntas que se le hagan, y

b) limita su responsabilidad por la descripción que haga.

No podría aplicársele la sanción legal artículo 47 y siguientes, si ha respondido correctamente a las preguntas que se le han formulado.

Variación del riesgo. Con el transcurso del tiempo el riesgo llega a variar ya sea que se agrave o disminuya su gravedad, presentándose los siguientes conceptos:

Agravación del riesgo. Se ha definido como la situación que se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista.³⁷

El licenciado Luis Ruiz Rueda, señala que: "hay agravación del riesgo cuando después de la celebración del contrato sobreviene un cambio de las circunstancias que debieron declararse conforme a lo dispuesto en los artículos 8°, 9° y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, siempre que tal cambio determine un aumento en la probabilidad de que se realice un evento dañoso gravedad del riesgo o en la magnitud de las consecuencias que puede tener esa realización o sea en la intensidad del riesgo".³⁸

Juan Carlos F. Morandi, en su libro *El Riesgo en el Contrato de Seguro*, establece que "existe agravación de riesgo cuando se produce un cambio en el estado del riesgo estipulado en el contrato, originado por un aumento de su probabilidad o de su intensidad, o por una alteración de las condiciones subjetivas del asegurado que sirvieron al asegurador para fomentar su opinión del estado del riesgo al concluir el contrato, debido a un hecho nuevo, no previsto ni previsible, relevante e influyente, que de haber existido al tiempo de concertarse el contrato habría impedido su celebración o incidido para que no se hiciera en las mismas condiciones".³⁹

Pesa sobre la compañía aseguradora la carga de la prueba de que se produjo el hecho y que importa agravación del riesgo. Si en la póliza se mencionan ciertas circunstancias agravantes, el peso de la prueba se invierte: el asegurado debe probar que, a pesar de existir, no se produjo una agravación.

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

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

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

³⁷ F. Morandi, Juan Carlos. *El riesgo en el contrato de seguro*. Editora argentina, Argentina, 1990.

³⁸ Ruiz Rueda, Luis. *El Contrato de Seguro*. Editorial Porrúa, México, 1978

³⁹ F. Morandi, Juan Carlos. *El riesgo en el contrato de seguro*. Editora argentina, Argentina, 1990

La evolución de la Institución del Seguro en México

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

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

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

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

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

La agravación del riesgo no producirá sus efectos:

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

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

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

En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas (artículo 60 de la L.S.C.S.). Cuando se aseguren varios riesgos, el contrato quedara en vigor respecto a los que no se afecten por la omisión o inexacta declaración o por la agravación, siempre que se demuestre que la empresa aseguradora habría asegurado separadamente aquellos riesgos en condiciones idénticas a las convenidas (artículo 61 de la L.S.C.S.).

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

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

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

La evolución de la Institución del Seguro en México

De lo antes expuesto, es importante mencionar lo que el tratadista Luis Ruiz Rueda ha establecido respecto a que es necesario precisar el alcance de las disposiciones relativas a las consecuencias de la agravación del riesgo:⁴⁰

a) Distingue entre agravación provocada por el asegurado (subjctiva) y ajena a el (objetiva) según claramente lo expresa el artículo 52;

b) La agravación subjctiva puede provenir de actos positivos del seguro o bien de omisión de alguna actividad tendiente a atenuar el riesgo, a la cual se hubiere comprometido el asegurado (artículos 54 y 55);

c) La agravación subjctiva puede o no ser dolosa o de mala fe (artículo 60), y

d) La agravación subjctiva puede ser del riesgo mismo o solamente circunstancia que debieran normalmente agraviarlo, pero que prácticamente no lo modifiquen (artículo 63).

Asimismo el aludido tratadista señala que es necesario distinguir cuidadosamente la agravación, del aumento del riesgo o aumento del valor de las cosas expuestas al riesgo o aumento de la suma asegurada en el seguro de personas. Por ejemplo; la propiedad raíz ha aumentado considerablemente de valor en los últimos años, sin que por ello haya aumentado la gravedad ni la intensidad del riesgo de incendio a que está expuesta esa propiedad. Si hace diez años se celebó un contrato de seguro contra incendio de una casa que entonces valía la cuarta parte de lo que hoy vale y al renovar cada año ese seguro, no se ha modificado la suma asegurada para mantenerla de acuerdo con la realidad; las consecuencias podrán ser perjudiciales para el asegurado, cuya garantía para el caso de siniestro ha ido disminuyendo en razón inversa del aumento del valor de la propiedad, pero esto no afecta a la empresa aseguradora por que no han aumentado las probabilidades de incendio, ni las de que en caso de producirse, la destrucción sea total en vez de parcial. El aumento paulatino de valor de la casa ha ido ocasionando un infraseguro cada vez mas considerable, con las consecuencias normales de la aplicación de la regla proporcional para la liquidación en caso de siniestro.

Disminución del riesgo. Esta se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere una peligrosidad inferior a la inicialmente prevista, llevando con esto a una reducción en las primas contratadas.

La disminución no trae generalmente consecuencias al contrato; no lesiona los intereses del asegurador y solo en el caso que considera los artículos 43 y 90 de la Ley Sobre Contrato de Seguro, tiene como efecto la reducción de la prima no devengada correspondiente a los periodos de seguro futuros y excepcionalmente a la prima no devengada correspondiente al periodo de seguro en curso, mediante convención.

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

En ese sentido el artículo 59 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece que; la empresa aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el

⁴⁰ Ruiz Rueda, Luis. El Contrato de Seguro. Editorial Porrúa, México, 1978

La evolución de la Institución del Seguro en México

carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos.

Por lo anterior, para que tenga valor jurídico, la exclusión debe ser formulada en términos precisos y no equívocos, y se ha establecido que cuando hay duda, en el caso de ser considerado como cubierto, pudiéndose basar en el principio de que lo que no está claramente excluido, está comprendido en el seguro.

Asimismo se ha establecido que la Ley Sobre el Contrato de Seguro en sus artículos 78 y 79 establece que la empresa aseguradora responde del siniestro aun cuando este haya sido causado por culpa del asegurado o de aquellos por quienes esta obligado civilmente y solamente permite que se excluya la culpa grave (imprudencia, impericia o descuido graves) en cláusulas que llenen el requisito de la forma precisa, exigido por el artículo 59.

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

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

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

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

Clasificación del riesgo

El riesgo ha recibido un sinnúmero de clasificaciones. A continuación se mencionan algunas de ellas.

I. Por su intensidad:

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

II. Por su valoración:

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

III. Por su asegurabilidad:

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

La administración de riesgos

La evolución de la Institución del Seguro en México

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

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

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

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

3.10.- LOS ELEMENTOS PERSONALES Y MATERIALES DEL SEGURO.

Son elementos Personales, los siguientes:

El asegurado

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

También se ha definido como la persona que contrata el seguro con la entidad aseguradora, comprometiéndose entre otras obligaciones, al pago de las primas estipuladas y teniendo derecho, en su caso al cobro de las indemnizaciones que se produzcan a consecuencia del siniestro.⁴¹

Obligaciones del contratante

Son obligaciones del asegurado o contratante:

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

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

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

⁴¹ de Pina Vara, Rafael. Diccionario de Derecho, Editorial Porrúa, México 2000

La evolución de la Institución del Seguro en México

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

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

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

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

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

El asegurado está obligado a informar, sea que contrate por cuenta propia o ajena, sólo o con otros, sea personalmente o por medio de representante legal o convencional, en la medida de su conocimiento.

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

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

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

El tratadista Luis Ruiz Rueda, ha determinado que el legislador de todos los países, ha establecido a cargo del proponente, el deber de la descripción precontractual del riesgo, y ha limitado su extensión y precisado su mecanismo. La Ley Sobre el Contrato de Seguro, en sus artículos 8°, 9° y 10 inspirados en los artículos 4° y 5° de la Ley Suiza consigna esa obligación sujeta a estas reglas:

a) El proponente está obligado a declarar los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas;

b) Esta obligación se limita a aquellos hechos que conozca o debe conocer en el momento de la celebración del contrato, y

La evolución de la Institución del Seguro en México

c) La información debe hacerse por escrito de acuerdo con el cuestionario que el asegurador formule.

Expresa que los hechos y circunstancias importantes para la apreciación del riesgo, pueden dividirse en dos:

1) Aquellos que influyen en la determinación del tipo de la prima, por ejemplo en el seguro contra el riesgo de incendio, son circunstancias importantes para su apreciación, el tipo de construcción, los materiales de la misma, su ubicación dentro de la población, el uso a que está destinado, los riesgos a que están expuestos los inmuebles contiguos, su aislamiento de otros inmuebles, su contenido, que puede ser más o menos inflamable, su sistema de alumbrado y de calefacción, etcétera, y

2) Los que no influyen en ella, pero si en otras condiciones de la convención, como puede ser la persona con interés en que aquél no se realice riesgo moral la mayor o menor diligencia en el cuidado y conservación del patrimonio, la moralidad misma del individuo, etcétera.⁴²

Para el tratadista argentino Isaac Halperin, la falsa declaración o reticencia puede darse cuando no se declaran circunstancias importantes, y que se callan por juzgarlas carentes de importancia, o se declara cuanto se cree ser la verdad, o cuando media negligencia para conocer o para llevar el dato a conocimiento del asegurador.⁴³

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

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

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

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

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

⁴² Ruiz Rueda, Luis. El Contrato de Seguro. Editorial Porrúa, México, 1978

⁴³ Halperin, Isaac, Lecciones de Seguros, Buenos Aires, Ediciones De Palma, 1993

La evolución de la Institución del Seguro en México

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

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

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

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

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

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

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

4) Si el objeto asegurado cambia de dueño, los derechos y obligaciones que deriven del contrato de seguro pasarán al adquirente, pero reembolsará a éste la parte de la prima que corresponda al tiempo no transcurrido (artículo 107 de la L.S.C.S.).

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

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

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

Respecto de estas últimas dos fracciones, el jurista Luis Ruiz Rueda, observa lo siguiente:

a) La primera o sea, cuando hay agravación del riesgo por el hecho de la transmisión de la propiedad de los bienes asegurados, ya está comprendida en el artículo

La evolución de la Institución del Seguro en México

52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, siempre que la transmisión sea probada por el asegurado puesto que acarrea la extinción automática del contrato. Cuando la agravación es ajena al asegurado, como en el concreto sería la expropiación por causa de utilidad pública o la transmisión por causa de muerte; la fracción I del artículo 108 sí establece una verdadera excepción a la regla general del artículo 106, , ya que en este supuesto de agravación esencial del riesgo, el seguro no se extinguiría según el artículo 52, sino por falta de denuncia del hecho, dentro de la veinticuatro horas siguientes, o bien por declaración unilateral de la empresa aseguradora que disuelve el contrato (artículos 52 y 56 respectivamente).

b) La fracción II, del artículo 108 previene la voluntad contraria del nuevo propietario, manifestada dentro de los quince días siguientes al cambio de dueño, impide la transmisión del seguro. Según esto, debe entenderse que la declaración de voluntad retrotrae sus efectos a la fecha del cambio de propietarios.

Lo anterior permite afirmar que el artículo 106 que faculta al asegurador para disolver unilateralmente el contrato dentro de los quince días siguientes a la recepción del aviso de cambio de propiedad, no impide la transmisión del contrato de seguro, puesto que la denuncia de éste sólo produce efectos quince días después. Es decir, el nuevo dueño está cubierto hasta que se venza el plazo del preaviso.

El cómo y cuándo debe de cumplirse el deber establecido en el artículo 106 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y las consecuencias de su inobservancia, deberá ser de conformidad con lo pactado en las condiciones generales del seguro contratado, ya que la ley nada dice al respecto.⁴⁴

5) El contratante del seguro estará obligado a pagar la prima en su domicilio, si no hay estipulación expresa en contrario (artículo 31 de la L.S.C.S.);

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

7) Proporcionar información complementaria. Es facultad de la Empresa el exigir del asegurado o beneficiario cualquier tipo de información sobre los hechos relativos al siniestro y a sus causas, circunstancias y consecuencias (artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

8) Deber de salvamento. El artículo 113 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que a la letra dice: "Al ocurrir el siniestro, el asegurado tendrá la obligación de ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño. Si no hay peligro en la demora, pedirá instrucciones a la empresa aseguradora, debiendo atenerse a las que ella le indique. Los gastos hechos por el asegurado que no sean manifiestamente improcedentes, se cubrirán por la empresa aseguradora, y si ésta da instrucción anticipará dichos gastos";

9) deber de invariabilidad. El artículo 114 de la Ley sobre el Contrato de Seguro establece que; "Sin el consentimiento de la empresa, el asegurado estará impedido de variar el estado de las cosas, salvo por razones de interés público o para evitar o disminuir el daño, pero la empresa aseguradora deberá cooperar para que puedan restituirse a su lugar en el mas breve plazo."

⁴⁴ Ruiz Rueda, Luis El Contrato de Seguro. Editorial Porrúa, México, 1978

La evolución de la Institución del Seguro en México

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

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

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

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

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

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

12) En el seguro de transporte terrestre, el asegurado no tendrá obligación de avisar la enajenación de la cosa asegurada ni de denunciar a la empresa la agravación del riesgo (artículo 114 de la L.S.C.S.).

El beneficiario

Es la persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.⁴⁵

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

De conformidad con lo establecido por el artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en el seguro de vida, el asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario, sin necesidad del consentimiento de la empresa aseguradora. La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro.

El asegurado, aun 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.

⁴⁵ Barrera Graf, Jorge. Tratado de derecho mercantil. Editorial Porrúa, México, 1957

La evolución de la Institución del Seguro en México

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

El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, esta constancia será el único medio de prueba admisible (artículo 165 de la L.S.C.S.).

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

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

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

El beneficiario

Es la persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que se establecen en la póliza. El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia del él y además, lo comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora, situación que se hará constar forzosamente en la póliza.

El tercero dañado

Es la persona que ha sufrido un daño en su persona, derechos, bienes o intereses. El seguro contra la responsabilidad atribuye el derecho a la indemnización en forma directa al tercero afectado, quien en estos términos, se considera como el beneficiario del seguro desde el momento del siniestro.

Son elementos materiales, los siguientes:

El interés asegurable.

Se establece que el interés asegurable constituye el objeto del contrato y es considerado como un elemento del riesgo, ya que al no haber interés no puede haber riesgo; su existencia es esencial para legitimar el contrato, pues considerando el seguro de daños, es la medida para otorgar una indemnización, el interés asegurable limita el

La evolución de la Institución del Seguro en México

alcance de los daños indemnizables, debiendo existir al tiempo de la celebración del contrato.

La suma asegurada.

Es el valor atribuido por el titular de un contrato de seguro a los bienes cubiertos por la póliza y cuyo importe es la cantidad máxima que el asegurador esta obligado a pagar en caso de siniestro. Existen varias formas de definir los valores, siendo una de las más acertadas la siguiente:

- a) Valor reposición.- Es la cantidad necesaria para reponer los bienes dañados por otros de igual clase y calidad, sin considerar su depreciación por uso.
- b) Valor real.- Se consideran los mismos elementos de valor reposición, menos su depreciación.
- c) Valor convenido.- Es el valor acordado por el asegurado y aseguradora para ser tomado como base de indemnización, sin existir depreciación.

El siniestro.

Es la realización material del interés asegurado. El Licenciado Luis Ruiz Rueda define al siniestro como un evento dañoso que genera para el asegurador la obligación actual de resarcimiento, así también es definido como el evento que actualiza la responsabilidad del asegurador.

Antes de hablar de los tipos de reservas existentes en materia de seguros, es indispensable mencionar algunos términos de relevancia para la mejor comprensión del contrato, mismos que a continuación señalo:

Sobresseguro

También conocido como supraseduro o seguro en exceso, éste se origina cuando el valor que el asegurado atribuye al objeto asegurado en la póliza es por una suma superior al valor que realmente tiene. En este caso la compañía aseguradora esta obligada a pagar solo hasta el valor real de la cosa, tal y como lo ordena el artículo 95 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Seguro Pleno.

Se presenta cuando la relación entre la suma asegurada y el valor del interés asegurado es igual, es decir, cuando coinciden ambos, por lo que en caso de siniestro se paga íntegramente el daño sufrido, ya sea que se trate de una pérdida parcial o total.⁴⁶

⁴⁶ Palacios Bermudez, Roberto. Diccionario de la legislación en seguros, leyes positivos aplicables, resoluciones de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, jurisprudencia y doctrinas. México, Editorial Porrúa. 1990

La evolución de la Institución del Seguro en México

Infraseguro.

Este se presenta, cuando la suma asegurada es menor al interés asegurado. De acuerdo a ello el artículo 92 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro prevé que la compañía aseguradora responderá de manera proporcional al daño causado.

Coaseguro.

Es la participación de dos o más empresas de seguros en un mismo riesgo, en virtud de contratos directos realizadas por cada una de ellas con el asegurado.

Reaseguro.

El contrato en virtud del cual una empresa de seguros toma a su cargo total o parcialmente un riesgo ya cubierto por otra o el remanente de daños que exceda de la cantidad asegurada por el asegurador directo.

Contraseguro.

Convenio en virtud del cual una empresa de seguros se obliga a reintegrar al contratante las primas o cuotas cubiertas, cuando se cumplan determinadas condiciones.

3.11.- TIPOS DE RESERVAS.

Las reservas técnicas son consideradas como instrumentos de análisis, las cuales se denominan también legales u obligatorias, y son aquellas provisiones económicas que cualquier compañía de seguros debe realizar para hacer frente a obligaciones futuras que surgirán, una vez efectuado el cierre contable de cada ejercicio fiscal. Las instituciones de Seguros debe obedecer a los ordenamientos señalados en el artículo 46 de la Ley General de instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y crear las siguientes reservas:

- a) Reserva de riesgo en curso.
- b) Reserva para obligaciones pendientes de cumplir,
- c) Reserva de previsión y
- d) Las demás previstas en la Ley.

4.- CAPÍTULO CUARTO

LAS OPERACIONES DE SEGUROS

4.1 SEGURO DE PERSONAS

Para entrar en el estudio del seguro de personas es necesario indicar que éste se caracteriza porque el elemento expuesto al riesgo, es una persona y el siniestro afecta su existencia, integridad o salud, utilizándose para su cobertura los seguros de vida en sus diferentes modalidades, así como los de accidentes y enfermedades y salud.

4.1.1. SEGURO DE VIDA.

En las operaciones de vida existen dos modalidades de seguro:

- a) Seguro en caso de vida: en este seguro 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.
- b) Seguro en caso de muerte: en este seguro, la aseguradora debe cumplir su prestación a la muerte del asegurado y en consecuencia, el beneficiario recibirá lo estipulado cuando se produzca el fallecimiento del asegurado.

De igual manera existen diversas clases:

- 1) Seguros comunes: Dentro de este grupo se comprenden aquellos cuyas cláusulas y condiciones deben reputarse usuales, distinguiendo tres subgrupos:
 - a) Seguro ordinario. Es el mas usual , porque su flexibilidad y múltiples combinaciones se adapta a las necesidades de la inmensa mayoría de las personas que buscan en el seguro la protección de sus familiares.
 - b) Seguros Dotales, en ellos la compañía aseguradora paga la indemnización convenida, si la muerte del asegurado ocurre dentro de determinado periodo dotal y si no fallece se le indemniza al plazo contratado.
 - c) Seguros temporales, En ellos, el asegurado paga la indemnización si la muerte del asegurado, ocurre dentro de un cierto plazo o hasta cierta edad.
- 2) Seguros de renta: Se subdividen en dos grupos los de renta inmediata y los de renta diferida. En el primer grupo, la renta se empieza a pagar inmediatamente después de establecido el contrato; en el segundo grupo se empieza a hacer la renta efectiva solo después del transcurso de un cierto plazo.

La Prima

Por lo que atiene a la prima, al tratarse de un riesgo en aumento conforme pasa el tiempo, es decir, a medida que envejece el asegurado, la prima en ningún momento aumenta y se mantiene constante, pues ésta es calculada de tal manera, que dentro de los primeros años es elevada respecto al riesgo y en los últimos años es inferior respecto a éste.

La evolución de la Institución del Seguro en México

El riesgo

Los riesgos que se aseguran en este contrato son los que pueden afectar a las personas en su existencia.

La edad

Este es un requisito fundamental para la contratación de la póliza y la determinación de la prima a cobrar y sus reglas de aplicación, respecto a la inexactitud al momento de señalar la edad, se encuentran normadas por lo ordenado en el artículo 160 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La subrogación

En este caso la subrogación de acuerdo con lo indicado en el artículo 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, prohíbe la misma en contra de terceros en razón de un siniestro.

Los elementos personales:

- 1.- La compañía aseguradora
- 2.- El contratante del seguro o asegurado.
- 3.- El tercero asegurado o persona sobre la cual se contrata el seguro.
- 4.- Beneficiarios
- 5.- Menor de edad.

Es importante señalar que en atención a lo señalado en el artículo 156 de la Ley de la materia, el seguro será nulo en caso de que no medie el consentimiento del tercero asegurado, el cual deberá constar por escrito en el contrato, siendo la única excepción el seguro recíproco que celebra por parte de los cónyuges o del hijo mayor de edad.

En el caso de menores de edad, es importante resaltar que tanto estos como los interdictos, se establece en el contrato de seguro que en caso de muerte, sobre una persona menor de edad que no haya cumplido los doce años de edad o esté sujeto a estado de interdicción es nulo, por lo que la aseguradora estará obligada a restituir las primas y tendrá derecho al cobro de gastos, siempre y cuando haya actuado de buena fe.

Si existe el caso en que el beneficiario atente o cause la muerte en forma injustificada en contra del asegurado, el seguro será ineficaz y solo pagará la aseguradora a los herederos la reserva matemática. Cuando ocurre el suicidio, la empresa aseguradora solo se hará responsable si éste se verifica dos años después de la celebración del contrato.

La indisputabilidad del contrato.

Existe indisputabilidad cuando existen omisiones o inexactas declaraciones de los hechos importantes, situación que será considerada por la Compañía de seguros para rescindir el contrato de pleno derecho, aun y cuando tales condiciones no hayan influido en la realización del siniestro tal y como previenen los artículos 8, 9, 10 y 47 de la ley de la materia, sin embargo éste supuesto queda sin efecto, si han transcurrido dos años a partir de la fecha de contratación de la póliza.

La doble indemnización.

Es una característica del seguro de vida, en la cual si se cumple el supuesto de fallecimiento del asegurado en forma accidental, la compañía aseguradora estará obligada a pagar el doble de la indemnización en suma asegurada, cabe señalar que este beneficio se incorpora a la póliza siempre y cuando se haga el pago de la prima adicional.

Valores garantizados

Constituyen la expresión cualitativa de los derechos que el tomador del seguro tiene sobre la provisión matemática generada por un contrato, éstos se generan en los seguros saldados y prorrogados.

Valores en efectivo

Es la cantidad de la cual podrá disponer el asegurado siempre y cuando este al corriente en el pago de sus primas, de acuerdo a lo señalado en las tablas de los valores garantizados.

Valor rescate

Es la cantidad que el asegurado percibe por parte de la compañía de seguros y que corresponde al importe de la reserva matemática constituida sobre el riesgo que se tiene asegurado.

Retiro parcial

Durante la vigencia de la póliza contratada, se podrán hacer retiros parciales, previa solicitud que haga el asegurado, mismo que podrá ser por cualquier monto sin exceder del valor de rescate, con que se cuente en ese momento.

Coberturas adicionales

- 1.- Beneficios por incapacidad total.
- 2.- Beneficio por invalidez total o permanente.
- 3.- Beneficio adicional de renta mensual por invalidez
- 4.- Beneficio Conyugal.
- 5.- Indemnización por muerte, accidente o pérdida de miembros.
- 6.- Cláusula de renovación.

El seguro colectivo.

Se entiende por seguro colectivo el sistema de protección mediante el cual se otorga cobertura de seguro de vida a un conjunto de personas bajo un solo contrato, este tiene como beneficio la oportunidad de reducir costos y la eliminación de exámenes médicos y otros factores de selección. Son grupos asegurables en los términos del reglamento de seguros de grupo los siguientes:

- a) Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus

La evolución de la Institución del Seguro en México

- servicios a ese mismo patrón o empresa, siendo el contratante el patrón o la empresa.
- b) Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo, y sus secciones o grupos, siendo su contratante la persona moral.
 - c) Los cuerpos del ejército, policía, bomberos, así como las unidades regulares de los mismos, siendo su contratante los Gobiernos de los Estados o los municipios.
 - d) Las agrupaciones legalmente constituidas y que por su clase de trabajo u ocupación, constituyan grupos asegurables.

4.1.2.- SEGUROS DE PENSIONES.

El nuevo sistema de pensiones, que entró en vigor a partir del 1º de julio de 1977, está basado en el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez. Este nuevo sistema de pensiones ofrece al asegurado varias prestaciones. Para obtener su pensión podrá elegir entre dos opciones:

I) Retiros programados. En este caso, la Afore que es la entidad financiera que se dedica de manera exclusiva, habitual y profesional a administrar cuentas individuales y canalizar los recursos de las subcuentas que la integran de conformidad con lo dispuesto por las leyes de seguridad social, elegida con anterioridad por el trabajador, continuará administrando el dinero entregado, pagando la pensión mediante retiros mensuales de la cuenta individual, misma que se irá ajustando periódicamente, hasta que se agote el saldo de la misma. Para calcular el monto de la pensión, se restará el saldo de la cuenta individual, el costo de contratar el seguro de sobrevivencia que protegerá a los beneficiarios y el monto restante, más los rendimientos probables que ganará del ahorro, dividiéndose entre los años que se espera que pueda vivir el trabajador, para determinar la pensión mensual.

Cabe aclarar que las administradoras (Afores), deberían efectuar todas las gestiones que sean necesarias para la obtención de una adecuada rentabilidad y seguridad en las inversiones de las sociedades de inversión, especializadas de fondos para el retiro (Sifores), que administren.

II) Renta vitalicia. Es la otra opción para pensionarse. La administración de las pensiones por concepto de seguros de invalidez, riesgos de trabajo y retiro fueron parcialmente abiertas a la participación de empresas aseguradoras privadas, en tanto que el IMSS mantendrá el papel de asegurador exclusivo. Las pensiones derivadas de estos siniestros serán contratadas con empresas aseguradoras mediante el sistema de rentas vitalicias por los montos que la misma ley establece.

La renta vitalicia es un contrato irrevocable entre una compañía de seguros y el pensionado; el pensionado o su grupo familiar es el contratante mientras que la compañía de seguros es quien adquiere de la obligación (y riesgos) del pago periódico. El precio de este seguro se expresa como un capital por unidad de pensión y se paga como una prima única al comienzo. Los determinantes principales de este precio son la tasa de interés que se emplee para el descuento de los flujos y el rendimiento de las inversiones, además de la expectativa de vida del pensionado y sus beneficiarios.

Los fondos necesarios para adquirir dichas rentas vitalicias, denominadas montos constitutivos, provendrán de los ahorros acumulados en la cuenta individual de cada

La evolución de la Institución del Seguro en México

trabajador y en el caso de invalidez, riesgos de trabajo y vida, de una suma asegurada por el IMSS, la cual cubrirá la diferencia que se pudiera presentar entre el monto constitutivo para adquirir la renta vitalicia a la que se tiene derecho según la ley como pensión y los fondos acumulados en la cuenta individual del trabajo.

El dinero será entregado a la aseguradora que el trabajador elija. Si el beneficio definido por la ley es menor a la pensión mínima garantizada, el trabajador tendrá derecho a esta última. En esta situación, el monto constitutivo para adquirir una renta vitalicia por el monto de la pensión mínima, sería superior a la suma del saldo acumulado en la cuenta individual más la suma asegurada pagada por el IMSS, por tanto la cantidad faltante debe ser aportada por el Gobierno Federal, financiada con recursos fiscales.

Seguro de Renta Vitalicia por Incapacidad Permanente total por riesgo de Trabajo y Seguro de Sobrevivencia.

Éste se otorgará al trabajador activo que sufre una enfermedad o accidente profesional y el IMSS le dictamina incapacidad permanente total o parcial, teniendo derecho a contratar con la compañía de seguros que elija, una renta vitalicia por incapacidad permanente total o parcial por riesgos de trabajo, además de un seguro de sobrevivencia.

El seguro de sobrevivencia es el que protege a sus beneficiarios para que puedan recibir las prestaciones que señala la Ley del Seguro Social cuando fallezca el mismo, por un riesgo de trabajo, siendo pensionado por incapacidad permanente total o parcial.

Seguros de Renta Vitalicia por muerte del asegurado a causa de un riesgo de Trabajo.

Para este seguro, la renta vitalicia es la cantidad que la compañía de seguros pagará al beneficiario de la pensión de viudez, orfandad o ascendencia durante el tiempo que tenga derecho según señala la Ley del Seguro Social.

Para poder pagar a los beneficiarios la pensión correspondiente, el IMSS entregará a la compañía de seguros un monto constitutivo, integrado por el saldo de la cuenta individual del asegurado (a) y en su caso, una cantidad adicional que aportará el propio IMSS.

Se otorgará esta renta cuando ocurra la muerte de un trabajador activo a consecuencia de una enfermedad o accidente profesionales y si el IMSS reconoce a determinada persona como beneficiario del trabajador, este beneficiario tendrá derecho a contratar con la compañía de seguros que elija una renta vitalicia por muerte del asegurado a causa de un riesgo de trabajo.

Seguros de Renta Vitalicia por Invalidez Definitiva y Seguro de Sobrevivencia.

Éste se otorgará al trabajador activo que sufre una enfermedad o accidente no profesionales, perdiendo por ello su ingreso en más del 50% del sueldo habitual que haya recibido durante el último año y si el IMSS le dictamina una invalidez definitiva, tendrá derecho a contratar con la compañía de seguros que elija, una renta vitalicia por invalidez definitiva con un seguro de sobrevivencia.

La renta vitalicia es la cantidad que la compañía de seguros pagará al trabajador como pensión mientras viva.

La evolución de la Institución del Seguro en México

El seguro de sobrevivencia es el que protege a sus beneficiarios para que puedan recibir las prestaciones que señala la Ley del Seguro Social cuando fallezca al asegurado, siendo pensionado.

Para poder pagar al trabajador y a sus beneficiarios la pensión correspondiente, el IMSS entregará a la compañía de seguros un monto constitutivo, integrado por el saldo de la cuenta individual del citado trabajador y en su caso, una cantidad adicional que aportará el propio IMSS.

Seguro de Renta Vitalicia por Muerte del Asegurado por un riesgo No Profesional.

Éste se otorgará en los casos en que, si ocurrió la muerte de un trabajador activo a consecuencia de una enfermedad o accidente no profesionales y el IMSS reconoce a un beneficiario de aquél, este beneficiario tendrá derecho a contratar con la compañía de seguros que elija, una renta vitalicia por muerte del asegurado por un riesgo no profesional.

La renta vitalicia, como ya se dijo antes, es la cantidad que la compañía de seguros pagará al beneficiario de la pensión de viudez, orfandad o ascendencia durante el tiempo que tenga derecho según señala la Ley del Seguro Social.

Para poder pagarle al beneficiario o beneficiarios la pensión correspondiente, el IMSS entregará a la compañía de seguros un monto constitutivo, integrado por el saldo de la cuenta individual de asegurado(a) y en su caso, una cantidad adicional que aportará el propio IMSS.

4.1.3.- SEGUROS POR ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

Los seguros comprendidos dentro de este ramo son los que tengan como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito (artículo 8º de la L.G.I.S.M.S.).

Tiene por objeto la prestación de indemnizaciones en caso de accidentes que motiven la muerte o incapacidad del asegurado. Las coberturas que son materia del presente contrato son:

a) Muerte accidental: si como consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado sobreviniere su muerte dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, la Aseguradora pagará al beneficiario designado, el importe de la suma asegurada de esta cobertura.

b) Pérdidas orgánicas: la Aseguradora pagará al asegurado una indemnización igual a la que resulte de aplicar los porcentajes de la escala de las indemnizaciones a la suma asegurada contratada por esta cobertura, si ha consecuencia de un accidente y dentro de los 90 días siguientes, a la fecha de mismo, el asegurado sufre la pérdida de algún órgano de acuerdo a las escalas de indemnización.

Las pólizas que se pueden contratar dentro de esta clase de seguro son:

a) Póliza individual de accidentes. Esta póliza protege al asegurado de la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del mismo, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito.

La evolución de la Institución del Seguro en México

b) Póliza familiar de accidentes. Esta póliza se ofrece para la protección de los integrantes de una familia, las personas que constituyen la familia pueden ser la esposa, y los hijos mayores de treinta días, que sean solteros y no tengan ingresos, las personas que dependen económicamente del contratante, siempre que vivan con él y no tengan remuneraciones por trabajo personal, así como los hijos de pareja matrimonial, nacidos durante la vigencia de la póliza.

c) Póliza de seguro colectivo de accidentes. Esta póliza se ofrece para la protección de los integrantes de un grupo asegurable, siendo grupos asegurables:

- Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa;
- Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo, y
- Los cuerpos del ejército, policía y bomberos.

d) Póliza de accidentes personales escolares. Esta póliza se ofrece para la protección de los alumnos y personal docente y de oficina que pertenezcan a un mismo colegio, escuela u oficina.

4.1.4.- SEGUROS DE SALUD Y GASTOS MÉDICOS.

Los seguros comprendidos dentro de este ramo son los que tengan por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se haya afectado por causa de un accidente o enfermedad (artículo 8º de la L.G.I.S.M.S.);

Uno de los riesgos que afecta a los individuos tanto física como económicamente es sin duda, la pérdida de la salud ocasionada por alguna enfermedad o accidente; para cubrir tal eventualidad existen en nuestro país los servicios de salud, que son proporcionados a través de instituciones públicas y privadas, las primeras representadas por la Secretaría de Salud, los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal; las instituciones de seguridad social integradas por el I.M.S.S. y el I.S.S.S.T.E., los servicios que prestan PEMEX, Ferrocarriles Nacionales de México, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y por lo que se refiere al sector privado encontramos los centros hospitalarios.

La posibilidad de optar por instituciones públicas o privadas, permite cubrir la atención médica a través de recursos propios, sin embargo esta última elección representa un costo que suele ser elevado, lo que limita su utilización a sectores específicos de la población.

Ante esta situación surge la necesidad de un instrumento que permita el acceso a los servicios médicos privados a un costo menor, lo que da lugar al surgimiento del seguro de enfermedad o gastos médicos mayores.

Al presentarse una enfermedad, el costo de tratamiento médico puede ser muy elevado y crear a una familia dificultades financieras, que en un caso extremo sería el fallecimiento del individuo encargado de su sostén económico.

Ante tal eventualidad los seguros de gastos médicos mayores cubren los gastos en que incurrió el asegurado en caso de accidente o enfermedad, entendiéndose por esta última toda alteración de la salud, comprobada por un médico, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo, que provenga de alteraciones patológicas comprobables, o bien como resultado de actos independientes de la voluntad del asegurado.

Actualmente existen tres clases de seguros de gastos médicos mayores:

(1) el individual y/o familiar, en el que el asegurado principal toma la decisión de contratar el seguro y pagar el total de la prima;

(2) el colectivo en el que el asegurado principal participa en la decisión de contratación y contribuye en el pago de la prima, y

(3) el de grupo, en el que el asegurado principal no decide sobre la contratación ni contribuye en el pago de la prima.

La administración de siniestros de gastos médicos:

La administración de siniestros de gastos médicos es considerada como una operación análoga y conexas, que pueden realizar las instituciones de seguros autorizadas para la práctica de la operación de accidentes y enfermedades, por ser semejante a la operación del seguro de gastos médicos.

Consiste en que el contratante hará aportaciones a la aseguradora con el fin de formar un fondo de administración que sirva para el pago de los beneficios establecidos en un plan de gastos médicos, encomendando a la institución de seguros la custodia y administración de los bienes del fondo y el manejo en su nombre de los siniestros que se presenten. La aseguradora reembolsará por cuenta del fondo, las reclamaciones por gastos efectuados que procedan, de acuerdo a los beneficios estipulados en el plan, en el concepto de que la institución no asume responsabilidad alguna por el funcionamiento del plan, pues éste, está diseñado y suscrito por el contratante, sin que tampoco asuma responsabilidad por la suficiencia del fondo para otorgar los beneficios especificados en dicho plan.

Se ha establecido que la referida administración de siniestros no es seguro conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, toda vez que la aseguradora no asume riesgo alguno; otorga un servicio a través de su estructura administrativa establecida. Su manejo representa un esquema ágil de administración de riesgos para organizaciones muy grandes que agrupan una masa importante de unidades de riesgos, a quienes les puede convenir más un servicio de atención de siniestro que aprovechen las economías de escala de una aseguradora, asumiendo directamente su costo.

En este sistema de administración de siniestros se observan las siguientes implicaciones:

a) Evita la administración inexperta de un autoseguro al transferir a la aseguradora la atención de los siniestros;

b) El contratante emplea la estructura operativa técnica y legal de la aseguradora;

c) El contratante cubre el monto de su siniestro, evitando como adicionales derivados de la aplicación de tarifas del mercado y sus desviaciones;

d) El contratante asume el riesgo por desviaciones en siniestralidad;

e) La aseguradora aunque no opera como tal, pues no asume riesgo alguno, otorga el servicio de administrar lo siniestros con su infraestructura o operativa y tiene fuente de ingresos que de otra forma saldría del sector;

f) El contratante tendrá que ser una empresa, entidad o grupo, que sea la única responsable de otorgar la prestación correspondiente y que cuente con una colectividad elegible propia, con la cual se encuentra obligada a asumir el costo de sus gastos médicos como podrían ser los empleados de una organización, los miembros de un sindicato, club, gremio, etcétera.

SALUD

El antecedente de este seguro radica, en que ante el desarrollo de los seguros de gastos médicos en el sector salud, se empezaron a especializar dos tipos de empresas enfocadas a gastos médicos; las primeras, con recursos propios, son los hospitales que venden una especie de póliza de seguros, también conocido como sistema “prepagado”, la otra figura son la administradoras de servicios médicos, es decir, aquellas empresas que no son dueñas de un hospital pero que hacen contratos y desarrollan una red de hospitales, y que a diferencia de una aseguradora no se encontraban reguladas por la por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas anteriormente, cabe señalar que en a partir del año 2001, todas las empresas aseguradoras que quieren ofrecer este tipo de servicio deben constituirse en una ISES.

Se debe entender al seguro de salud como el contrato de seguro por el que se da la prestación de servicios médicos o de asistencia a través de cuadros médicos concertados previamente los cuales no tienen límites de tipo económico en el cálculo de las primas, distinguiendo éstas en función de la edad y del sexo del asegurado.

Los seguros comprendidos dentro de este ramo son los que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado (artículo 8º de la L.G.I.S.M.S.).

En atención a la inseguridad para el público consumidor de contratar con empresas no supervisadas, se ha propuesto la reforma a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros a fin de que dichas empresas sean reguladas y que independientemente de que ejerzan con recursos propios o no, su servicio sea considerado un seguro.

Con esta reforma se regula la actividad de las empresas de medicina prepagada, que ahora se les considerará como instituciones especializadas de seguro de manera que ya no podrán más dar el servicio si no se constituyen como compañías de seguros.

Este sistema operará de manera similar al de pensiones, porque podrá operar el ramo dentro de la compañía especializada y después escindirlo, o en su defecto iniciar como empresa especializada en el ramo de Salud, a la cual posteriormente podrá agregarse Gastos Médicos.

Las coberturas que son materia de este ramo:

1. Reembolso de gastos médicos por accidente;
2. Reembolso de gastos médicos por enfermedad, incluyéndose dentro de esta cobertura los gastos que se originan por;

La evolución de la Institución del Seguro en México

- a) Visitas médicas por enfermedad;
- b) Cuarto y alimentos por enfermedad;
- 3. Intervención quirúrgica por enfermedad;
- 4. Medicina primaria, urgencias, especialidades, prótesis

Como exclusiones se pueden encontrar:

- a) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.
- b) Trastornos de conducta y aprendizaje.
- c) Afecciones propias del embarazo.
- d) Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanía.
- e) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estéticos, entre

otros.

La esencia de este seguro es prestar todos los servicios médicos que en un momento dado está prestando actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social, es decir medicina preventiva, servicios dentales, vacunas, medicamentos, etc. Todo esto siempre y cuando no sea resultado de un accidente o de una enfermedad ya determinada debido a que en esos casos exista ya sea uno de accidentes personales o de gastos médicos.

Se trata de una de las pólizas más completas en relación a su cobertura, contando con numerosas ventajas como es la libertad de elección de médico dentro del cuadro concertado, para tal efecto las aseguradoras contratarán los servicios de Administradoras de Salud, las cuales se encargan de la parte médica de algunas aseguradoras, llevando un porcentaje de las primas netas que obtenga la aseguradora. Estas administradoras entre otras obligaciones tienen la de proporcionar asistencia médica, chequeos, hospitalización es decir, a cumplir con proporcionar todos aquellos servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado.

Cabe aclarar que estas aseguradoras estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Secretaría de Salud, exclusivamente sobre los servicios y productos de salud que sean materia de los contratos del seguro que celebran.

4.2.- SEGURO DE DAÑOS

4.2.1.- SEGUROS DE INCENDIO.

Objeto del Contrato del Seguro contra Incendio.

Los seguros comprendidos dentro de este ramo son los que tengan por base la indemnización de todos los daños y pérdidas causados por incendio, explosión, fulminación o accidentes de naturaleza semejante (artículo 8 de la L.G.I.S.M.S.).

La evolución de la Institución del Seguro en México

Se garantiza al asegurado la entrega de una indemnización en caso de incendio de bienes determinados en la póliza o la reparación o reposición de las piezas averiadas.

Características del Contrato de Seguro contra Incendio.

De conformidad con el artículo 123 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora, salvo convenio en contrario, no responderá de las pérdidas o daños causados por la sola acción del calor o por el contacto directo e inmediato del fuego o de una sustancia incandescente, si no hubiere incendio o principio de incendio.

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

Se asimilan a los daños materiales y directos, los daños materiales ocasionados a los objetos comprendidos en el seguro por las medidas de salvamento (artículo 125 de la L.S.C.S.).

A pesar de cualquier estipulación en contrario, la empresa responderá de la pérdida o de la desaparición que de los objetos asegurados sobrevengan durante el incendio, a no ser que demuestre que se derivan de un robo (artículo 125 de la L.S.C.S.).

Después del siniestro, cualquiera de las partes podrá rescindir el contrato con previo aviso de un mes; pero en caso de que la rescisión provenga del asegurado, la empresa tendrá derecho a la prima por el periodo en curso (artículo 127 de la L.S.C.S.).

Coberturas del Contrato de Seguro contra Incendio.

El seguro contra incendio básicamente protege los daños materiales que sufran el edificio y sus contenidos; sin embargo no es necesario asegurar ambos, se puede emitir una póliza de incendio para cubrir sólo el edificio, o bien únicamente los contenidos.

Esto tiene relación directa con el interés asegurable que tenga cada persona, como en el caso de un restaurante ubicado en un local arrendado. Al arrendatario sólo le interesa cubrir sus contenidos, y en otros y dependiendo del contenido del contrato de arrendamiento, es posible que también deba o le convenga proteger el inmueble.

l) Los riesgos cubiertos, podrán ser;

a) Cobertura básica: cubre los bienes asegurados contra daños materiales causados por la acción directa de incendio y o rayo.

Bienes cubiertos: edificios, construcciones en general, aditamentos, mejoras y adaptaciones, contenidos, muebles, útiles enseres, maquinaria equipo, materias primas, materias en proceso, producto terminado y herramientas.

Suma asegurada. Se puede fijar de dos maneras:

- Valor real: es el valor de reposición que tengan los bienes menos su depreciación física correspondiente, al momento de ocurrir el siniestro.

- Valor de reposición: es el valor de reposición que tengan los bienes sin considerar la depreciación por uso, es decir, lo que nos costaría reponer el bien dañado, por uno nuevo.

La evolución de la Institución del Seguro en Mexico

b) Se cubren también los daños materiales causados por las medidas para combatir el incendio (daños por agua, derrumbe de paredes, etc.);

c) Para efectos del seguro se precisa para considerar un incendio como tal, que se produzca flama (esto excluye la combustión espontánea y otros tipos de calentamientos que no producen flama).

II) Riesgos y bienes que se cubren por convenio expreso:

Existen bienes y riesgos que, por sus características especiales, se encuentran excluidos de un aseguramiento directo, requiriendo de convenio expreso para incluirlos en un seguro de incendio como son los siguientes:

a) Combustión espontánea. Daños materiales causados por la destrucción de los bienes ocasionados por su propia oxidación, demostrable por la presencia de brasas, residuos carbonosos o cenizas. Bajo esta cobertura no se amparan los daños por calor que no produzcan brasas, residuos carbonosos o cenizas, ni tampoco por la naturaleza perecedera de los bienes ni vicio propio;

b) Paralización de plantas refrigeradoras o incubadoras, y

c) Daños indirectos a animales domésticos. Muerte o lesiones de los animales causados por asfixia o calor, a consecuencia de incendio.

III) Coberturas contra riesgos adicionales:

a) Explosión. Cubre los daños materiales causados directamente por explosión ya sea que éste ocurra dentro o fuera del predio asegurado;

b) Huracán y granizo. Cubre los daños materiales causados directamente por granizo, ciclón huracán o vientos tempestuosos;

c) Naves aéreas, vehículos y humo. Cubre los daños causados directamente por aviones u objetos caídos de ellos, vehículos y humo;

d) Extensión de cubierta. Esta cobertura tiene la característica de que se ofrece en paquete, ya que agrupa varias de las coberturas adicionales a incendio, según el tipo de bien asegurable;

e) Derrame de equipo de protecciones contra incendio. Se cubren los daños materiales causados directamente por derrame accidental de rociadores, hidrantes, extinguidores, tanques, tuberías de agua y cualquier otro equipo que forme parte de las protecciones contra incendio;

f) Terremoto y erupción volcánica;

g) Inundación. Se cubren los daños materiales causados directamente por la desviación o salida de su cauce normal del agua de corrientes o depósitos naturales o artificiales;

h) Daños por agua. Se cubren las pérdidas o daños materiales causados directamente por: derrame o desbordamiento de drenajes pluviales, desagüe de azoteas: rentazón de tanques; aparatos o tuberías para almacenamiento o distribución de agua,

La evolución de la Institución del Seguro en México

lluvia granizo o nieve, siempre y cuando no existan condiciones defectuosas de los edificios o daños en sus cimientos, muros, techos, drenajes pluviales y desagües.

IV) Formas adicionales de aseguramiento:

a) Deducible convenido para las coberturas de incendio, rayo y explosión. Esta opción tiene como objetivo que, por un lado el asegurado participe en cada pérdida importante con un porcentaje de ella y por otro, que obtenga una reducción de su cuota de tarifa dependiendo del importe del deducible que desee. El sistema de deducibles es aplicable únicamente a las coberturas de daños materiales de incendio y explosión.

b) Coaseguro convenido. El sistema de coaseguro convenido opera únicamente para las pólizas que amparan daños materiales directos y permite cubrir los bienes en una proporción menor a su valor real. El coaseguro convenido no es aplicable a la cobertura de terremoto y/o erupción volcánica, los seguros de pérdidas consecuenciales y los riesgos algodoneros y petroleros.

c) Endoso de valor de reposición. Se entenderá como valor de reposición, la suma que se requiere para la construcción y reparación cuando se trate de maquinaria o equipo de igual clase, calidad tamaño o capacidad de producción que los bienes asegurados, sin considerar deducción alguna por depreciación física, pero incluyendo el costo de transporte, derechos aduanales y gastos de montaje si los hubiere. En cada caso la aseguradora determinará su otorgamiento.

d) Ajuste automático de suma asegurada. Esta cláusula tiene como finalidad mantener actualizadas las sumas aseguradas, en razón de la pérdida del valor real que los bienes sufren en el tiempo.

f) Cláusula de existencia en declaración. Se amparan exclusivamente existencias de mercancías depositadas en bodegas o almacenes de mayoreo, mercancías en expendio, así como existencias de materias primas, mercancías en curso de elaboración o elaboradas y, en general, existencias propias al giro del negocio.

g) Cláusula de seguro flotante. Se entiende por seguro flotante aquel cuya suma asegurada cubre indistintamente mercancías contenidas en dos o más locales separados.

h) Objetos de difícil o imposible reposición. Mediante esta cláusula se pueden cubrir obras de arte, antigüedades, colecciones u otros objetos de difícil o imposible reposición, siempre y cuando se hagan sobre la base de un avalúo, por escrito, hecho por perito costado por el asegurado cuyo avalúo deberá incorporarse a la póliza.

i) Aumentos y disminuciones a prorrata. Esta cláusula permite cubrir a prorrata el almacenaje de productos agrícolas de temporada y que se encuentren almacenados en bodegas por términos menores a un año, así como todas aquellas mercancías que se encuentren en pignoración en almacenes generales de depósito que operen de acuerdo a la Ley General de Organizaciones y Actividades Auxiliares del Crédito. Si se trata de madera esta concesión se aplicará también a existencias al aire libre en patios destinados al almacenamiento y en caso de tabaco en rama, en el lugar donde se encuentren.

j) Bienes en cuartos o aparatos refrigeradores. Esta cláusula cubre los daños que sufran los bienes asegurados provenientes del cambio de temperatura en los cuartos o aparatos refrigeradores a consecuencia de cualesquiera de los riesgos amparados por la póliza.

La evolución de la Institución del Seguro en México

Se pueden contratar también condiciones particulares que tienen como objetivo complementar la cobertura contratada y las condiciones generales de la póliza, como pueden ser la renuncia a inventarios a fin de agilizar la indemnización correspondiente o la de autorización para reponer, reconstruir o reparar el bien dañado por un siniestro.

Otras coberturas adicionales podrán ser:

- Seguro de pérdida de utilidades y gastos fijos;
- Seguro sobre ganancias brutas no realizadas;
- Seguro de interrupción de actividades comerciales o reducción de ingresos;
- Seguro de pérdida de rentas;
- Valor de reposición;
- Seguro contingente;
- Fluctuación cambiaria;
- Precio neto de venta.

Bienes excluidos definitivamente.

El seguro contra incendio excluye de su cobertura los siguientes bienes:

- Terreno.
- Cimientos.
- Dinero en efectivo y documentos negociables como títulos, obligaciones, pagarés, cheques, etcétera.
- Libros de contabilidad y otros libros de comercio.

4.2.2.- SEGUROS MARÍTIMO Y DE TRANSPORTE.

Marítimo y transportes.

Dentro de este tipo de seguros encontramos los siguientes:

- a) El Seguro Marítimo
- b) El Seguro de Aviación, y
- c) El Seguro de Transporte Terrestre.

Los tipos de póliza que se presentan dentro de estos seguros se clasifican en:

a) Póliza Específica por viaje. Cubre la mercancía durante un solo viaje por lo que el asegurado debe contratar una póliza cada vez que requiera transportar sus productos. Bajo esta modalidad, la compañía aseguradora, sabe exactamente los riesgos que cubre y el asegurado debe informar el tipo de mercancía, su valor real, su valor asegurable, el tipo de transporte, características del transporte y medidas de seguridad tomadas para preservar la mercancía (empaques, contenedores, tambos, envolturas, etc.). Para determinar el valor asegurable se pueden usar dos criterios: el valor de la mercancía en la factura o el mismo valor más los gastos de transporte (flete, autorizaciones, impuestos aduanales, etcétera).

b) Póliza a término. Si el asegurado desea transportar una carga demasiado grande, probablemente necesite hacerlo en varios viajes e incluso transbordar de un buque a otro. Para ello, utiliza esta póliza ya que cubre la mercancía sin importar el

La evolución de la Institución del Seguro en México

número de viajes necesarios para llegar a su destino. Sin embargo, es forzoso que la compañía aseguradora conozca el número aproximado de dicho viaje.

c) *Póliza Abierta Anual*. Esta póliza brinda protección al asegurado cubriendo todos sus embarques durante un año sin necesidad de dar aviso a la aseguradora. Por lo regular, es sumamente útil para aquellas empresas que tienen numerosos envíos a sus mismos clientes durante todo el año y que dichos envíos varían, ya sea por el tipo de mercancía, por la distancia de los destinos, por los volúmenes de carga entre otros. En este caso la compañía de seguros requiere del conocimiento del tipo de embarque que utiliza el vendedor, el medio de transporte aunque no establece el valor exacto de la mercancía transportada, se propone un límite máximo que envíe por cada embarque. Por otro lado, esta póliza tiene vigencia por lo regular de un año.

d) *Póliza Flotante*. Ampara los daños durante el transporte del cargamento de un asegurado, cuya actividad demanda transportes constantes. Difiere de la póliza abierta anual en que se establece un monto máximo de cobertura constante y no existe una vigencia fija.

Asimismo, las principales coberturas que se presentan dentro de estos seguros son:

a) *Por Riesgos Ordinarios de Tránsito*: cubre los daños o pérdidas que pueda sufrir la carga por los peligros del transporte, por ejemplo:

- en el transporte terrestre ya sea por camión o por tren, los riesgos pueden ser por choques, volcaduras, incendio, explosión, descarrilamiento y caída de puentes;

- entre los peligros del transporte marítimo se encuentra el mal tiempo como huracanes, encallamiento, incendio, explosión, colisión, avería gruesa, hundimiento, echazón, etcétera.

- el transporte aéreo se puede ver afectado por fallas en el despegue o aterrizaje, así como la caída de aviones.

b) *A todo riesgo*: en esta cobertura es en donde se cubren lo que continuamente conocemos como riesgos especiales además de los amparados en la cobertura ordinaria de tránsito. Como ejemplo de riesgos especiales tenemos al robo de bulto por entero, la falta de entrega, mojadura, rotura, contando con otras cargas, oxidación, manchaduras, merma y barredura, teniendo estos últimos cuatro riesgos la necesidad de contar con la información de la carga a transportar ya que se podrían presentar por la propia naturaleza de la misma.

c) *Libre de avería particular*: en donde se excluyen los daños causados por averías parciales, aquí evidentemente se excluyen los riesgos especiales mencionados anteriormente y sólo se aplica a los riesgos ordinarios en tránsito.

Objeto del contrato de seguro marítimo

Los seguros comprendidos en este ramo son los que tienen por objeto el pago de la indemnización por los daños y perjuicios que sufran los muebles y semovientes objeto del traslado.⁴⁷ Pueden igualmente asegurarse los cascos de las embarcaciones y los aeroplanos, para obtener el pago de la indemnización que resulte por los daños o la

⁴⁷ Chicago Foundation American Bar. Legal Expose Insurance, the european experience in financing legal services. 1975

La evolución de la Institución del Seguro en México

pérdida de unos u otros, o por los daños o perjuicios causados a la propiedad ajena o a terceras personas con motivo de su funcionamiento. En estos casos, se podrá incluir en las pólizas regulares que se expidan el beneficio adicional de responsabilidad civil (artículo 8º de la L.G.I.S.M.S.).

El seguro marítimo se divide en:

I) El seguro de casco o del buque, que protege al barco en caso de una colisión, un escollo, un incendio o un naufragio. Éste expira al final de un viaje o al cabo de un tiempo, y

II) El seguro de carga que cubre la mercancía;

III) La póliza "por viaje" cubre un viaje determinado, y

IV) La póliza "por tiempo", cubre un periodo preestablecido.

Una póliza de seguro sobre el valor de la carga puede ser por viaje, al valor, sin valor o flotante.

a) Las pólizas al valor indican el valor acordado entre ambas partes para la mercancía, pagadero en caso de pérdida o daños, independientemente del valor al que se cotice la mercancía cuando ocurra la pérdida o el daño.

b) En el momento de la firma, las pólizas sin valor indican una prima provisional, pero no especifican el valor de la mercancía mientras no se conozca el tipo de riesgo. La prima se reajusta cuando se conoce el valor de la mercancía. En caso de pérdida total, el pago equivale al valor de la mercancía.

c) Las pólizas flotantes o abiertas generalmente aseguran, por un año o más, embarques grandes que han sido previamente divididos.

Formas de contratación

a) Póliza abierta. Se otorga por tiempo indefinido a empresas que constantemente embarcan mercancías, ya sea de importación, exportación o locales, todos los embarques quedan cubiertos con o sin previo aviso, pero es obligación del asegurado reportar todos y cada uno de ellos mensualmente.

b) Póliza anual. Se otorga a empresas, para amparar los embarques que realicen durante un año. Es requisito que para el transporte de sus mercancías se empleen vehículos propios o bajo contrato de exclusividad. No se precisa reportar los embarques.

c) Póliza específica. Se otorga para amparar embarques individuales.

Requisitos de la póliza de seguro marítimo

La póliza del contrato del seguro contendrá, además de las condiciones que libremente consignent los interesados, los requisitos siguientes:

1. Fecha del contrato con expresión de la hora en que queda convenido;
2. Nombres, apellidos y domicilios del asegurador y asegurado;

La evolución de la Institución del Seguro en México

3. Concepto en que contrata el asegurado, expresando si obra por si o por cuenta de otro. En este caso, el nombre, apellido y domicilio de la persona en cuyo nombre se hace el seguro;

4. Nombre, puerto, pabellón y matrícula del buque asegurado o del que conduzca los efectos asegurados;

5. Nombre, apellido y domicilio del capitán;

6. Puerto o rada en que han sido o deberán ser cargadas las mercancías aseguradas;

7. Puerto de donde el buque ha partido o debe partir;

8. Puertos o radas en que el buque debe cargar, descargar o hacer escalas por cualquier motivo;

9. naturaleza y calidad de los objetos asegurados;

10. Números de los fardos o bultos de cualquier clase y sus marcas, si las tuviesen;

11. Época en que deberá comenzar y terminar el riesgo;

12. Precio convenido por el seguro, lugar, tiempo y forma de su pago;

13. parte del proemio que corresponda al viaje de ida y al de vuelta si el seguro fuese de viaje redondo;

14. Obligación del asegurador de pagar el daño que sobrevenga a los efectos asegurados, y

15. El lugar, plazo y forma en que habrá de realizarse el pago.

Clase de seguros y coberturas del seguro marítimo

a) Seguro marítimo. Garantiza en general los riesgos de navegación que pueden afectar, tanto al buque transportador como a la carga transportada. Entre los riesgos de navegación pueden incluirse la pérdida total del buque, la contribución a la avería común o el abandono debido a naufragio, abordaje, varada, incendio, temporal, echazón, arribadas forzosas, cambios forzosos de derrota, explosiones de calderas, averías o roturas de máquinas, etcétera.

b) Seguro del buque. También denominado seguro de casco, mediante el que se garantiza además de los riesgos señalados la responsabilidad frente a tercero, derivada del abordaje, cuando el buque asegurado sea declarado culpable de daños ocasionados a otro buque.

c) Seguro de la carga. O de mercancías transportadas, también llamado seguro de facultades, tiene por objeto todo cuando constituye el cargamento de la nave. Su cobertura contra riesgos ordinarios de tránsito ampara tanto el transporte marítimo como el transporte terrestre, aéreo o combinado. Su vigencia comienza desde el momento en que quedan a cargo de los porteadores y cesa, en el caso de transporte marítimo cuando

La evolución de la Institución del Seguro en México

los bienes son descargados en los muelles del puerto de destino, y en caso de terrestre o aéreo, a las 48 horas de días hábiles después de la llegada al punto de destino estipulado o con tales se ampara desde el momento en que la oficina postal reciba los bienes y cesa con la entrega al destinatario.

d) Seguros sobre cascos y máquinas. Cubre el valor del casco, aparejos, maquinaria, aparatos de timón, equipo de alumbrado eléctrico, de refrigeración, aislamiento y otras pertenencias de la embarcación, por pérdida o daño causado por la furia de los elementos, explosión y rayo, hundimiento, varada, incendio y colisión, incluyendo la contribución a la avería gruesa o general y a los cargos de salvamento.

e) Riesgos de avería particular. Ampara los daños parciales que sufra la embarcación siempre y cuando éstos sean derivados de los riesgos amparados por la póliza.

f) Riesgos cubiertos por protección adicional. Cuando así se estipule en la póliza, la protección otorgada por la misma se extiende, mediante el pago de la prima respectiva, a cubrir los bienes asegurados contra pérdidas o daños causados directamente por la realización de alguno varios de los riesgos adicionales contratados como el robo de bullo por entero, robo parcial, mojaduras, manchas, oxidación, motines o alborotos populares.

g) Responsabilidad civil por abordaje. Ampara la responsabilidad que legalmente resulte a consecuencia de un abordaje (colisión del buque asegurado con otra embarcación), incluyendo las costas y gastos de cualquier acción que se tome con el consentimiento de la aseguradora, para liberar o limitar la responsabilidad del asegurado (se excluyen las embarcaciones menores de placer).

h) Responsabilidad civil por el uso de embarcaciones menores de placer. Ampara la responsabilidad civil en que incurra el asegurado, por muerte, lesiones o daños a personas, bienes, daños a otras embarcaciones o a sus cargas, daños a puertos, instalaciones portuarias o puentes y bienes que en ellos se encuentren, así como gastos y costas originados por juicio contra el asegurado.

i) Protección e indemnización (Pandi). Ampara en forma integral las responsabilidades que le resulten al asegurado por daños a los bienes de tercero y en sus personas, por el uso de tenencia de la embarcación tales como pérdida de vida, lesiones y enfermedad, gastos de hospitalización, daños a otro barco o a propiedades a bordo debido a colisión o no causados por colisión, remoción del naufragio y carga.

j) Seguro de flete. Es el que garantiza las pérdidas o daños que pueda sufrir el flete o precio, que el fletador pagó al naviero o armadores para que determinadas mercancías sean transportadas por un buque. Puede concretarse al navío o al las mercancías. El primero comprende todos los gastos producidos para su navegación, expedición y beneficio del flete líquido. El segundo, tiene por objeto cubrir su pérdida a consecuencia de un siniestro marítimo, ya que sólo se percibe íntegramente, cuando las mercancías llegan a su punto de destino.

k) Seguro de primas. Consiste en asegurar el costo del seguro principal, ya que como las primas son elevadas, en caso de siniestro existirá una pérdida para el asegurado, consistente en el pago de las primas del seguro contratado. En la prima asegurada quedan comprendidos todos los gastos accesorios de seguro, como corretaje y costo de la póliza. En realidad esta modalidad se encuentra poco extendida.

La evolución de la Institución del Seguro en México

l) Seguro de responsabilidad del armador. Es el referente a la que le afecta como transportista de las mercancías embarcadas.

m) Seguro de desembolsos. Se ofrece en el supuesto del seguro del buque a todo riesgo por suma inferior a su valor real. El armador con el fin de evitar convertirse en su propio asegurador por la diferencia, asegura ésta con otro asegurador con lo que crea un coaseguro completo. Ya que ambas partes aceptan a todos los efectos como valor real del buque consignado en la póliza, sin que por tanto quepa aplicar la regla proporcional.

El reaseguro marítimo

Si el reaseguro es una institución útil y precisa para el correcto desenvolvimiento de la actividad aseguradora, en el seguro marítimo es absolutamente indispensable, sobre todo en el seguro de cascos.

Ninguna compañía aseguradora, por mucha que fuera su potencia financiera podría asumir aisladamente el riesgo de pérdida total de uno de los grandes trasatlánticos que hoy navegan por los mares del mundo, por lo que efectivamente el reaseguro se ha impuesto como una verdadera necesidad en el seguro marítimo.

El reaseguro marítimo tiene dos modalidades, las cuales son el contrato particular o reaseguración determinada, que es la forma más antigua del reaseguro marítimo y es el que recae sobre un buque o un cargamento determinado, siendo hoy muy escasas las formas de este reaseguro. Por el contrario el contrato general o convenio general de reaseguro es la forma económicamente más avanzada, aun cuando técnicamente sea también la más compleja. Por medio de esta modalidad una compañía reaseguradora celebra un contrato o tratado con otra aseguradora comprometiéndose a reasegurarla en bloque en una serie de contratos de seguros. De esta suerte el reasegurador asume riesgos heterogéneos unas veces en conceptos de excedentes de los plenos que conservan en su cartera la aseguradora directa, y, otras en virtud de conciertos celebrados entre las mismas compañías reaseguradoras, cediéndose porcentajes de participación o cuota parte en riesgo y beneficio.⁴⁸

Riesgos cubiertos en las pólizas de seguro de transporte marítimo

1. La varada del buque, similar al encallamiento de la nave en la arena, en las peñas o en la costa, obliga al asegurador a responder de los gastos y expensas extraordinarias realizadas con ocasión de la operación de ponerlo a flote.

2. El temporal, es la violenta agitación de los vientos o de las aguas que provocan una anomalía en el estado del mar, cuando su velocidad alcanza de 18 a 30 metros por segundo, no debiéndose confundir con lo que generalmente se llama mal tiempo y mar gruesa, en cuanto los vientos fuertes y los vientos contrarios constituyen sucesos normales de la navegación.

3. El naufragio es la pérdida o ruina de la embarcación en el mar, río o lago navegable; el sumergimiento del buque, la destrucción por el fuego de toda la arboladura y partes vivas de modo que reste sólo el casco destruido, aunque flote; la navegación errante del buque abandonado por su tripulación son riesgos que pueden cubrirse.

⁴⁸ Marketing y Gestión Comercial de Seguros. Madrid, España, Editorial Mapfre 1996.

La evolución de la Institución del Seguro en México

Exclusión de riesgos en el seguro marítimo

En el seguro marítimo estarán excluidos, los siguientes riesgos:

1. El cambio voluntario de derrotero, de viaje o de buque sin expreso consentimiento de los aseguradores.
2. Separación espontánea de un convoy habiéndose estipulado que iría con él.
3. Prolongación de un viaje a un puerto más remoto que el designado en el seguro.
4. Disposiciones arbitrarias y contrarias a la póliza de fletamento o al cofletante, cargadores y fletadores.
5. Baratería de patrón en las faltas intencionales o no intencionales del capitán o tripulantes, que se producen, como consecuencia de la avería al buque o la mercancía. En una aceptación más restringida se entiende por baratería del patrón el delito cometido por el capitán o tripulantes, consistente en destruir el buque.

SEGURO DE AVIACIÓN

En este seguro se cubren los siguientes riesgos:

a) Seguro sobre cascos de aviones. Ampara toda pérdida o daño físico que sufra la aeronave, por causa externa que no esté específicamente excluida en la póliza, mientras esté en tierra, anclada, taxeo o en vuelo.

b) Responsabilidad civil. Tiene por objeto las indemnizaciones derivadas de accidentes sufridos por aeronaves. Se cubren por este tipo de seguros:

1) Daños a terceros en sus personas y en sus bienes, ampara las obligaciones extra contractuales que legalmente le resulten al asegurado por el uso o tenencia de la aeronave. Quedan excluidos los pasajeros y la tripulación.

2) Daños a personal. Ampara las obligaciones extra contractuales que legalmente le resulten al asegurado mientras los pasajeros se encuentren a bordo de la aeronave y/o ascendiendo o descendiendo de la misma.

3) Daños a la carga y equipaje. Ampara las obligaciones extra contractuales que legalmente le resulten al asegurado mientras los bienes se encuentran a bordo de la aeronave en maniobras de carga y descarga.

4) Pagos voluntarios. Ampara a los pasajeros y a la tripulación contra muerte y pérdidas orgánicas accidentales que sufran a bordo de la aeronave o ascendiendo o descendiendo de la misma, y que se presenten dentro de los 90 días siguientes al accidente, excluyendo enfermedades.

SEGURO DE TRANSPORTE TERRESTRE

De conformidad con lo establecido por el artículo 138 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, podrán ser objeto del contrato de seguro contra los riesgos de transporte, todos los efectos transportables por los medios propios de la locomoción terrestre.

El seguro de transporte comprenderá los gastos necesarios para el salvamento de los objetos asegurados (artículo 139 de la L.S.C.S.).

Podrán asegurar, no sólo los dueños de las mercancías transportadas sino todos los que tenga interés o responsabilidad en su conservación, expresando en el contrato el concepto por el que contratan el seguro (artículo 140 de la L.S.C.S.).

Además de los requisitos de que trata el artículo 20 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la póliza de transporte designará:

- I. La empresa o persona que se encargue del transporte.
- II. Las calidades específicas de los efectos asegurados, con expresión del número de bultos y de las marcas que tuvieren, y
- III. El punto en donde se hubieren de recibir los géneros asegurados y en el que deben entregarse.

4.2.3.- SEGURO DE AUTOMÓVILES.

Los seguros comprendidos dentro de este ramo son los que tienen por objeto el pago de la indemnización que corresponda a los daños o pérdida del automóvil y los daños o perjuicios causados a la propiedad ajena o a terceras personas con motivo del uso del automóvil. Las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, que se dediquen a este ramo, podrán en consecuencia, incluir en las pólizas regulares que expidan, el beneficio adicional de responsabilidad civil (artículo 8º de la L.G.I.S.M.S.).

Riesgos que cubren el Seguro de Automóviles.

Los riesgos que cubre el seguro de automóviles son:

1) Los daños materiales al propio vehículo, causados por riesgos como por ejemplo rotura de cristales, colisiones y vuelcos, gastos de traslado del vehículo accidentado al lugar donde se vaya a reparar, entre otros, haciendo la aclaración que en cada siniestro quedará a cargo del asegurado un deducible.

2) Robo total. Se cubre la pérdida total del vehículo por robo e incluyendo los daños materiales que sufre con motivo de este riesgo.

Es de señalarse que si el asegurado sufre el robo de su vehículo y posteriormente sabe en qué lugar se encuentra, la empresa aseguradora está obligada a cumplir con el contrato de seguro pues aunque el vehículo asegurado haya sido localizado, esto no significa que el siniestro no se hubiere realizado, por lo que aún en este caso la empresa aseguradora continúa obligada a cumplir con el contrato de seguro en los términos convenidos; más aún si dicho vehículo no ha sido recuperado ni se encuentra a disposición de alguna autoridad.

Asimismo, al ocurrir el siniestro, deberá recurrirse ante las autoridades competentes a levantar el acta correspondiente, toda vez que si sólo existe una

La evolución de la Institución del Seguro en México

declaración unipersonal de la parte interesada y dicha declaración no se encuentra respaldada por otros medios de prueba, debe absolverse a la demandada, en virtud de que no puede tenerse acreditado el hecho de la realización del evento.

3) Responsabilidad civil por daños a terceros en sus bienes. Cubre la responsabilidad civil en que incurra el asegurado o cualquier persona que con su consentimiento expreso o tácito, use el vehículo y que a consecuencia de un accidente cause daños en propiedad ajena.

Cabe aclarar que cuando la aseguradora proporcione la cobertura de responsabilidad civil a vehículos, con aplicación de deducible, deberán responder por los daños que ocasionen los asegurados sin condicionar el pago, previo de deducibles a los beneficiarios.

Asimismo, para el pago de la indemnización correspondiente en el seguro de automóviles por la responsabilidad civil en que incurrió el asegurado, deben tomarse en cuenta las normas de la legislación civil, donde haya ocurrido el accidente, excepto cuando expresamente sea de competencia federal, caso en el cual se aplicará el Código Civil para el Distrito Federal, vigente en toda la república en materia federal.

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía Aseguradora en esta cobertura, se deberá establecer en la carátula de la póliza y operará como suma asegurada única, para los diversos riesgos que se amparen en esta cobertura, como lo pueden ser los gastos y costas a que fuere condenado el asegurado o cualquier persona que con su consentimiento expreso o tácito use el vehículo, en caso de juicio civil.

4) Gastos médicos ocupantes. Cubre el pago de gasto médico por concepto de hospitalización, medicinas, atención médica, enfermeros, servicio de ambulancia, y gastos de entierro, originados por lesiones corporales que sufra el asegurado o cualquier persona ocupante del vehículo, en accidentes de tránsito ocurridos mientras se encuentran dentro del compartimiento, caseta o cabina destinados al transporte de persona.

5) Gastos legales. Cubre el pago de honorarios de abogados, gastos inherentes a un proceso penal, importe de multas administrativa, importe de primas de fianza para lograr la libertad provisional del conductor y la liberación de la unidad y monto de caución para los mismos efectos, cuando los haya, que el asegurado tenga que erogar con motivo de un accidente causado con el vehículo de su propiedad.

6) Equipo especial. Cubre cualquier parte accesorio o rótulo instalado a petición expresa del comprador o propietario del vehículo, en adición a las partes o accesorios con los que el fabricante adapta originalmente a cada modelo y tipo específico que presenta al mercado.

Sus coberturas serán las de robo, así como los daños materiales que sufra el equipo especial.

Daños que se podrán cubrir mediante endoso que suscriban las partes.

a) La extensión del seguro a otros países;

b) El seguro de equipo especial instalado en el vehículo a consecuencia de los riesgos de daños materiales, así como en el robo total del mismo;

La evolución de la Institución del Seguro en México

- c) Gastos médicos a ocupantes por concepto de hospitalización atención médica, enfermeras, servicio de ambulancia y gastos de entierro (este último considerando un máximo del 50% del límite de responsabilidad por persona), originados por lesiones corporales destinado al transporte de personas;
- d) Robo parcial con violencia de partes, accesorios o quipo especial que se encuentre instalado en el vehículo y detallados en un anexo, cuando no sea a consecuencia del robo total del propio vehículo;
- e) Por destinarlo a un uso diferente al citado en la póliza;
- f) Por arrastrar remolques;
- g) Por utilizarlo para fines de enseñanza o de instrucción de manejo;
- h) Cuando participen en carreras de pruebas de seguridad resistencia o velocidad;
- i) Responsabilidad civil del asegurado por daños a transporte el vehículo.

Otros Seguros comprendidos dentro del Ramo de Automóviles.

Flotillas. Se considera como flotilla, cuando se aseguren diez vehículos o más bajo una misma póliza, los cuales deberán tener el mismo tipo de cobertura.

Automóviles turistas. Ampara vehículos de servicio particular, mientras se encuentran en territorio nacional en calidad de turistas y sólo cubre dentro de los límites de la República Mexicana contra los riesgos amparados.

Estos seguros se expiden en dólares aplicándose deducibles conforme al tipo de unidad asegurada.

Obligaciones del Asegurado.

Las principales obligaciones del asegurado en este ramo serán:

- a) Ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño;
- b) Dar aviso a la aseguradora tan pronto tenga conocimiento del hecho, salvo casos de fuerza mayor;
- c) Dar aviso a las autoridades, en caso de robo u otro acto delictivo mediante la formal querrela o denuncia correspondiente;
- d) Cooperación y asistencia del asegurado respecto a la compañía aseguradora, y
- e) Comunicar la existencia de otros seguros, así como la agravación del siniestro.

Salvamentos.

Esta figura se presentará en el caso de que la Compañía Aseguradora pague el valor comercial del vehículo en la fecha del siniestro, ésta tendrá derecho a disponer del salvamento en la proporción que le corresponda de cualquier recuperación, con excepción con el equipo especial que no estuviere asegurado.

En virtud de que la parte que soporta el asegurado es por concepto de deducible, el importe de la recuperación se aplicará, en primer término a cubrir la parte que erogó la Compañía Aseguradora y el remanente, si lo hubiere corresponderá al asegurado.

4.2.4.- SEGUROS AGRÍCOLA Y DE ANIMALES.

Objeto.

Los seguros comprendidos dentro de este ramo son los que tienen por objeto, el pago de indemnizaciones o resarcimiento de inversiones, por los daños o perjuicios que sufran los asegurados por pérdida parcial o total de los provechos esperados de la tierra o por muerte, pérdida o daños ocurridos a sus animales.

Tiene por objeto la cobertura de los riesgos que puedan afectar a las explotaciones agrícolas, ganaderas o forestales.

De conformidad con el artículo 129 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, es ilícito el seguro de provechos esperados dentro de los límites de un interés legítimo.

Regulación del Contrato del Seguro Agrícola y de Animales.

Por lo que respecta al seguro agrícola, la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece en su artículo 130 que: "en el seguro sobre rendimientos probables, el valor del interés será el del rendimiento que se hubiera obtenido de no sobrevenir el siniestro; pero se deducirán del valor indemnizable los gastos que no se hayan causado todavía ni deban ya causarse por haber ocurrido el siniestro.

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

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

En el seguro a que se refiere el punto anterior, el aviso del siniestro deberá darse dentro de las veinticuatro horas (artículo 133 de la L.S.C.S.).

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

La empresa aseguradora responderá por la muerte del ganado aun cuando la muerte se verifique dentro del mes siguiente a la fecha de terminación del seguro, siempre que tenga por causa una enfermedad contraída en la época de duración del contrato (artículo 135 de la L.S.C.S.).

El seguro no comprenderá el ganado que se enajene singularmente (artículo 136 de la L.S.C.S.).

La evolución de la Institución del Seguro en México

No podrá rescindirse el contrato de seguro a causa de la muerte o enfermedad de un solo animal del ganado asegurado (artículo 137 de L.S.C.S.).

Riesgos susceptibles de Aseguramiento.

- 1) Incendio
- 2) Huracán, ciclón, tornado, tromba o vientos fuertes
- 3) Granizo
- 4) Inundación
- 5) Exceso de humedad
- 6) Sequía
- 7) Heladas
- 8) Bajas temperatura
- 9) Atlas temperaturas (ondas cálidas)
- 10) Plagas y depredadores
- 11) Enfermedades

Exclusiones del Seguro Ganadero.

- Robo
- Incapacidad funcional;
- Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva;
- Lesión por descuido doloso o tratamiento inadecuado;
- Intervención quirúrgica sin certificación médica;
- Administración de medicamentos o biológicos que no sean aplicados bajo autoridades competentes en materia de sanidad animal;
- Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva;
- Guerras, motines, tumultos populares, terrorismo, conflictos armados, huelgas y hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de seguridad en tiempo de paz; así como la confiscación, expropiación por orden de cualquier gobierno, autoridad pública o local o de otra persona que tenga interés de cualquier índole en el o los animales asegurados;
- Destinar al animal a funciones distintas a las estipuladas en el contrato;
- Enfermedad epizootica, entendiéndose como tal a la enfermedad que afecta repentina y temporalmente a una determinada región o a un gran número de animales de una o varias especies y se determina como tal por la autoridad federal competente en materia de sanidad animal;
- Sacrificio del animal por orden del gobierno o de cualquier autoridad federal competente en materia de sanidad animal por determinación del propio asegurado y de toda persona que tenga interés de cualquier índole;
- Por lesiones o muertes provocadas por disparo de cualquier arma de fuego;
- Inanición extrínseca. Estado de desnutrición que resulta de la privación completa o incompleta de alimentos o agua por causas externas y que provoquen la muerte;
- Por acción directa o indirecta de parásitos internos o externos;
- Enfermedades o vicios que se encuentren presentes con anterioridad o al momento de contratación del seguro;
- Asimismo hay riesgos excluidos que pueden ser cubiertos mediante convenio expreso como:
 - Incapacidad funcional;
 - Transportación del animal o grupo;

La evolución de la institución del Seguro en México

- La asistencia a ferias, exposiciones, mercados o concursos;
- Robo con violencia;
- Intoxicación o envenenamiento;
- Cambio de ubicación.

Obligaciones del Asegurado.

Serán obligaciones del asegurado en lo que respecta al seguro pecuario:

- a) brindar todas las condiciones para la subsistencia del grupo o animal;
- b) cuidar cercas, corrales, cobertizos y granjas;
- c) emplear a su cargo un veterinario titulado en el caso de lesión o enfermedad y si la aseguradora lo requiere, permitirá el traslado del grupo o animal a otro sitio para su tratamiento;
- d) en caso de presentarse el siniestro dar aviso del mismo en forma inmediata a la aseguradora;
- e) en caso de muerte del animal, el asegurado deberá elaborar por cuenta propia un informe de necropsia;
- f) Conservación del cadáver completo del animal por un tiempo de 24 horas; en caso de que no se presente el ajustador de la aseguradora, deberá conservar las partes del animal, acompañadas de fotos o vídeo grabaciones para demostrar el estado en que se encontraba el animal.

4.2.5.- SEGURO DE DIVERSOS.

Los seguros comprendidos dentro de este ramo son los que tienen por objeto, el pago de la indemnización debida por daños y perjuicios ocasionados a personas o cosas por cualquier otra eventualidad de las previstas en el artículo 8º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. (Artículo 8º de la L.G.I.S.M.S.).

Modalidades que presenta.

1) Seguro de robo en domicilio.- La aseguradora se compromete a indemnizar al asegurado por los daños sufridos a consecuencia de la desaparición, destrucción o deterioro de los objetos asegurados a causa de robo o tentativa de robo, siempre y cuando su valor unitario o por juego no exceda del equivalente a los días de salario mínimo general que señale el contrato de seguro. En caso de exceder dicho límite se deberán enlistar en forma unitaria y por lo que respecta a dinero, el máximo permitido es de hasta la cantidad de días de salario que señale. En los bienes pueden cubrirse bajo la denominación de "seguro proporcional" o "primer riesgo".

2) Seguro de robo con violencia.- Esta cobertura ampara las pérdidas o daños de bienes en general, por robo que se realice con violencia del exterior al interior del local donde se encuentre, incluyéndose los daños materiales al local a consecuencia del robo o intento del mismo.

3) Seguro de robo de mercancías.- Ampara las existencias de mercancías dentro del local asegurado sean de su propiedad o que tenga bajo su custodia; así como los muebles y enseres del negocio.

4) Dinero y valores.- Ampara dinero en efectivo, en metálico o billetes de banco, valores y documentos negociables del asegurado o bajo su responsabilidad en tránsito y estancia contra robo con violencia, asalto mediante el uso de fuerza o violencia moral o física sobre las personas encargadas del manejo de dichos valores. También ampara la pérdida de los bienes por incendio, explosión, incapacidad del mensajero y accidentes del vehículo en el que sean transportados los bienes. La responsabilidad de la compañía se limitará a la suma asegurada de cada uno de los riesgos.

5) Seguro de cinematografía.- Tiene por finalidad el resarcimiento de daños derivados de la producción cinematográfica, tales como accidentes personales del director del filme o principales actores, responsabilidad civil por daños derivados del rodaje, pérdida o deterioro de negativos de películas, daños sufridos por los aparatos o accesorios cinematográficos y, en general, todos aquellos accidentes que afecten al buen fin de la película que está produciéndose.

6) Interrupción fílmica.- Ampara la pérdida pecuniaria a consecuencia directa de la interrupción o suspensión temporal o definitiva de la filmación de la película, debido a la incapacidad que resulte directa y exclusivamente por muerte o incapacidad física, debido a un accidente o enfermedad sufrida por las personas señaladas en la póliza.

7) Seguro de cristales.- Ampara las pérdidas o daños materiales de los cristales por rotura accidental mientras estén debidamente instalados en el inmueble descrito en la carátula de la póliza. Se excluyen los daños por raspaduras u otros defectos superficiales, destrucción por actos de autoridades, riesgos de guerra, dolo, mala fe o culpa grave del asegurado. La remoción del cristal, decorado y trabajos de reparación, alteraciones, mejoras y/o pintura del local o de los cristales mismos que se pueden cubrir mediante convenio expreso.

8) Seguro de anuncios luminosos y rotura general. Ampara contra pérdidas o daños materiales ocurridos en forma súbita e imprevista con las siguientes excepciones: desgaste, corrosión, oxidación motivados por el uso; fabricación o instalación defectuosa, remontaje, reparación, desmantelamiento y traslado de anuncios, corto circuito, falta de aislamiento, azogamiento y otros desarreglos eléctricos o electrónicos; agrietamiento, deformación, humedad atmosférica, lluvia, guerra y destrucción por actos de autoridad, deterioro de partes desgastables y pérdidas consecuenciales causadas por reparaciones, alteraciones, mejoras y pintura del lugar en donde se encuentra instalado el anuncio.

9) Seguro sobre objetos personales.- Ampara los objetos de uso personal que estén comprendidos en la relación anexa de la póliza, ya sea que se encuentren fuera del domicilio indicado en la carátula de la póliza y sean propiedad del asegurado o de algún familiar que habite permanentemente en su misma casa contra pérdidas o daños materiales que sufran en forma accidental súbita e imprevista y con las excepciones consignadas en el contrato.

División de Seguro de Ramos Técnicos.

Dentro de esta división encontramos los siguientes seguros:

1) Seguro de calderas y recipientes sujetos a presión.- Ampara la rotura súbita y violenta causada por presión de vapor u otros fluidos, así como la explosión del gas combustible no quemado dentro del horno, la deformación de cualquier parte de la caldera por presión de agua o vapor u otro fluido, o por vacío. Asimismo el agrietamiento de

cualquier parte de hierro fundido, cobre o bronce, en calderas de baja presión (hasta 1.05 kg/cm² en vapor y 2.10 kg/cm² en agua), siempre que tal aseguramiento permita la fuga del fluido contenido en la caldera o recipiente, y quemadura suficiente por insuficiencia de vapor o agua en la caldera.

2) Seguro de equipo electrónico.- Ampara instalaciones y equipo de procesamiento electrónico de datos, de medicina eléctrica o nuclear, de telecomunicaciones, de radio intercomunicación, máquinas contabilizadoras y facturación y demás instalaciones similares, así como pérdida o daño a portadores externos de datos (cintas, discos magnéticos, tarjetas perforadas), gastos para reponer información almacenada, incremento en los costos de operación por equipos suplentes, contra daños o pérdidas materiales ocasionados en forma súbita e imprevista a consecuencia de incendio, impacto de rayo, explosión, implosión, humo, hollín, gases, líquidos o polvos corrosivos, como circuito, azogamiento, arco voltaico, sobretensiones causadas por rayo, perturbaciones por campos magnéticos, tostaduras de aislamientos, errores de construcción, fallas de montaje, defectos de material, errores de manejo, impericia, descuido o sabotaje del personal del asegurado o terceros, granizo, heladas y otros accidentes no excluidos.

3) Seguro de rotura de maquinaria.- Ampara la maquinaria o equipo descrito únicamente dentro del predio señalado en la póliza ya sea que se encuentre instalado o haya sido desmontado. Asimismo se podrán amparar los daños por explosión física que sufran los equipos a excepción de incendio, así como los daños que causen otras propiedades del asegurado y la responsabilidad civil por daños a terceros en sus bienes y personal.

4) Montaje de maquinaria.- Ampara durante el periodo del montaje de las construcciones de acero, toda clase de maquinaria, calderas, aparatos, tuberías, equipos mecánico y eléctrico e instalaciones completas de plantas industriales ya sea por errores durante el montaje, negligencia, sabotaje, caída de partes del bien que se monta, por rotura de cables o cadenas, robo con violencia, incendio, rayo y explosión, corto circuito y otros accidentes durante el montaje o durante las pruebas de resistencia u operación.

5) Seguro todo riesgo para contratistas.- Ampara la obra civil, la maquinaria y equipo de construcción, contra pérdida o daño físico por incendio, rayo, explosión, huracán, granizo, ciclón, tempestad, terremoto, negligencia o sabotaje de empleados del asegurado, robo e inundación.

División de Seguros Múltiples o Paquetes.

a) Póliza múltiple familiar.- Ampara bienes de casa habitación contra los riesgos como terremoto, rotura de cristales, robo con violencia y/o asalto, responsabilidad civil privada y familiar, y accidentes personales;

b) Póliza múltiple empresarial.- Ampara bajo un solo contrato el conjunto de bienes tanto de industria como de comercios, respecto a riesgos por incendio en edificios y contenidos, extensión de cubierta y terremoto, robo con violencia o asalto, pérdidas consecuenciales, calderas y recipientes sujetos a presión y responsabilidad civil general.

Por lo que respecta al robo con violencia en una negociación, si el asegurado sufre un robo de mercancías en la misma, aun cuando no sea disputado el hecho delictuoso, el asegurado deberá contar con un sistema contable que permita determinar el monto de lo robado, sin lo cual resulta imposible fijar la indemnización correspondiente, así como el control correspondiente de los bienes que se encontraban en el lugar, es insuficiente por

La evolución de la Institución del Seguro en México

si misma para demostrar la ocurrencia del siniestro, si no existe al respecto alguna prueba referente a la preexistencia y falta posterior de los bienes sustraídos.

4.2.6.- SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y RIESGO PROFESIONAL.

Generalidades sobre la Responsabilidad Civil.

Genéricamente se puede decir que la responsabilidad civil es la obligación de reparar por sí o por otro, un daño causado ilícitamente en la persona o en el patrimonio de un tercero.

Asimismo, la jurisprudencia es unánime al declarar que no puede haber responsabilidad sin un daño, ya sea moral o material, y la mayoría de la doctrina registra esta regla ya que puesto que se trata de reparar, es necesario que exista algo que reparar.

Para Rafael de Pina, la responsabilidad en su acepción jurídica, significa tanto la obligación que corresponde a una persona determinada, de reparar el daño o perjuicio causado a otra, bien por ella misma, por el hecho de las cosas, o por actos de las personas por las que deba responder.⁴⁹

La responsabilidad civil surge cuando una conducta ilícita culposa o ilícita causa un daño y un perjuicio teniendo por objeto la indemnización y la reparación del daño causado.

La doctrina distingue la responsabilidad civil en contractual y extra contractual. La diferencia entre ellas estriba básicamente en la existencia o no de un contrato, por medio del cual se origine la obligación de pagar el daño. La primera se ha concretado a los casos de incumplimiento de un contrato y la segunda a los demás casos.

Los seguros comprendidos dentro de este ramo son los que tienen como objeto el pago de la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro (artículo 8º de la L.G.I.S.M.S).

Se ha determinado que el seguro de responsabilidad civil general constituye un ramo de seguro relativamente nuevo. Se originó en los países industrializados de Europa Occidental hace aproximadamente 100 años, que comparados con otros seguros como los marítimos o los de incendio, son pocos. No obstante la juventud de este seguro, su importancia en el mundo se ha incrementado extraordinariamente en los últimos años, inclusive, en algunos casos, mayor, que el de incendio.⁵⁰

En este ramo el asegurador se compromete a indemnizar al asegurado del daño que pueda experimentar su patrimonio a consecuencia de la reclamación que le efectúe un tercero, por la responsabilidad en que se haya podido incurrir, tanto el propio asegurado como aquellas personas de quién el deba responder civilmente.

De conformidad con lo que manifiesta el licenciado Oscar Vásquez del Mercado en este seguro, el daño no afecta directamente el patrimonio del tomador del seguro, sino

⁴⁹ De Pina, Rafael, Diccionario de Derecho, Editorial Porrúa, S.A., México, D. F., 1985

⁵⁰ Primer Congreso Panamericano de Derecho de Seguros. Tercera sesión anual internacional del Consejo de la Presidencia de la A.I.D.A., México, Editorial Imprenta Casas

afecta a un tercero porque el daño se produce directamente en su patrimonio, como una consecuencia de un hecho del tomador del seguro, indirectamente el daño se produce en el patrimonio del tomador del seguro, en tanto que debe contratar el seguro y pagar las primas. El asegurado busca que no se agrave su patrimonio con la obligación de indemnizar si el siniestro se produce.⁵¹

En atención con lo preceptuado por el artículo 145 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en el seguro contra la responsabilidad, la empresa se obliga a pagar la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro.

Asimismo el artículo 149 del citado ordenamiento establece que si el tercero es indemnizado en todo o en parte por el asegurado, éste deberá ser reembolsado proporcionalmente por la empresa.

En el seguro contra la responsabilidad se atribuye el derecho a la indemnización correspondiente, directamente al tercero dañado, quien se considerará como beneficiario del seguro desde el momento del siniestro (artículo 147, 10 párrafo, de la L.S.C.S.) y sólo cuando el asegurado indemnice a este tercero, el mismo asegurado deberá ser reembolsado por la empresa aseguradora.

Obligaciones del Contratante del Seguro de Responsabilidad Civil.

En este ramo encontramos las siguientes obligaciones por parte del contratante del seguro:

1. La no realización de reconocimiento de adeudos, transacción o cualquier otro acto jurídico de naturaleza semejante, hecho o concertado sin el consentimiento de la empresa aseguradora, de conformidad con el artículo 148 de la Ley sobre el Contrato de Seguro el cual prevé: "ningún reconocimiento de adeudo, transacción o cualquier otro acto jurídico de naturaleza semejante, hecho o concertado sin el consentimiento de la empresa aseguradora, le será oponible. La confesión de la materialidad de un hecho no puede ser asimilada al reconocimiento de una responsabilidad".⁵²

2. El aviso sobre el hecho que importe responsabilidad deberá darse tan pronto como se exija la indemnización al asegurado, y

3. La obligación de proporcionar a la aseguradora en caso de juicio civil o penal, todos los datos y pruebas necesarios para la defensa, esto de conformidad con lo previsto por el artículo 150 de la Ley sobre el Contrato de Seguro el cual estatuye: "el aviso sobre la realización del hecho que importe responsabilidad deberá darse tan pronto como se exija la indemnización al asegurado. En caso de juicio civil o penal, el asegurado proporcionará a la empresa aseguradora todos los datos y pruebas necesarios para la defensa."

⁵¹ Comité jurídico Swiss Re. Derecho de Seguros. Compendio de Responsabilidad Civil. Editorial Swiss Re. México, 2002.

⁵² Barbato Nicolas H. La culpa grave del asegurado y su oponibilidad a terceros damnificados en el seguro de responsabilidad civil. Estudio de derecho comercial, Argentina 1986.

La evolución de la Institución del Seguro en México

Subramos y Coberturas en el Seguro de Responsabilidad Civil.

Debido a los múltiples riesgos capaces de causar perjuicios a terceros, el ramo de responsabilidad civil comprende una variedad de subramos y coberturas.

En primer término se encuentran los seguros de:

- I) Responsabilidad civil privada y familiar;
- II) De comercio;
- III) De industria;
- IV) De construcción, y
- V) Hotelera.

Seguros Obligatorios.

El seguro obligatorio es una modalidad de responsabilidad civil.

Suponen que el Estado obliga a un individuo a ser sujeto de una relación jurídica-aseguratoria.

Se ha establecido que la obligatoriedad del seguro es la lógica consecuencia del deseo del legislador de proteger a ultranza el derecho de las víctimas del accidente, quienes no deben quedar a merced de la buena voluntad, para asegurarse o no, de los propietarios de vehículo automóviles o de los portadores o transportistas de personas obligando a la víctima o a la sucesión de ésta, a aventurar su reclamación contra un propietario insolvente o de mala fe siendo solvente.

En México, esta modalidad se presenta en:

- a) Seguro obligatorio de accidentes de tránsito para vehículos (cobertura de personas);
- b) Seguro obligatorio de responsabilidad civil para vehículos de servicio público, y
- c) Seguro obligatorio para transportadores de carga.

Por lo que se refiere a los seguros de viajeros y de responsabilidad civil que deben contratar los permisionarios del servicio de auto transporte federal de pasajeros, turismo y carga hay obligación por parte de los concesionarios o permisionarios de servicios públicos de transporte de pasajeros en las vías generales de comunicación, de asegurar a los viajeros y a sus pertenencias.

En España, se inicia el seguro obligatorio de viajeros por ferrocarril en 1928. El decreto establecía un impuesto-prima, mediante el cual el viajero por el sólo hecho de adquirir un boleto queda automáticamente asegurado contra los riesgos de muerte y accidente, por un pequeño suplemento en el precio del viaje.

Este seguro surge como una consecuencia necesaria de la evolución de los diversos medios de transporte con el fin de proteger a los viajeros por el daño que pudieran sufrir durante la transportación por responsabilidad del porteador, quien es el propietario, arrendatario o conductor individual o colectivo de un medio de transporte, destinado a transportar personas o mercancías.⁵³

⁵³ Oliver Mirta N. Empresas de Transporte Público de pasajeros. Colegio de abogados de la Plata, Argentina, 1996.

La evolución de la Institución del Seguro en México

Sobre la denominación de este seguro se ha discutido mucho, pero actualmente es conocido con ese nombre.

El contrato de seguro de viajero se perfecciona en el momento mismo en que una persona contrata el servicio de transporte, y recibe el boleto correspondiente, en el que se encuentra comprendido el pago de la prima del seguro.

El viajero es el contratante o tomador del seguro, es a la vez asegurado ya que el riesgo recae sobre él mismo y es también beneficiario, puesto que es el titular del derecho a percibir la indemnización del asegurador – en caso de fallecimiento sería su sucesión – con quien ha concertado el seguro. Este viajero puede tener contratados otros seguros personales cuya indemnización también tiene derecho a percibir.

Este documento es completamente independiente del que pueda o deba concertar la empresa porteadora para cubrir su posible responsabilidad civil frente a los peatones, viajeros o propietarios de otros vehículos, entre otros.

4.2.7.- SEGURO DE CRÉDITO

El objeto del seguro de crédito es otorgar la garantía de que a falta de pago de un deudor, el asegurado podrá recuperar parte del adeudo.

Tiene por fin, garantizar a los acreedores las pérdidas sufridas a causa del mal deudor.

En atención a lo manifestado por el licenciado Joaquín Rodríguez Rodríguez, el seguro de crédito es un seguro patrimonial, en el sentido de que no garantiza un crédito concreto y determinado, sino un tanto por ciento determinado de las pérdidas que experimente un comerciante por la insolvencia de sus clientes.

Expresa que el riesgo asegurado es la insolvencia del deudor; es decir, la imposibilidad en que éste se encuentra de satisfacer sus créditos por carecer de los recursos económicos necesarios para ello.⁵⁴

Asimismo, se ha determinado que una de las funciones primordiales de un Seguro de crédito, independientemente del pago indemnizatorio, consiste en emitir una opinión crediticia que complementa y adiciona la decisión del asegurado, al estudiar los niveles de solvencia financiera y moral de los compradores, lo cual puede prevenir un siniestro, de ahí que el seguro de crédito sea un servicio destinado a proteger a los vendedores contra la falta de pago de los créditos que conceden a sus compradores mediante una indemnización, en caso de pérdida por este concepto.

En virtud de lo anterior, se ha manifestado que los beneficios que se obtienen con la contratación de un Seguro de Crédito son los siguientes:

a) Incrementar las ventas de las empresas, sin afectar su posición financiera limitando su exposición a pérdidas;

b) Mejorar la posición competitiva del asegurado, al permitirle a éste una mayor liberalidad en el ofrecimiento de condiciones de pago

⁵⁴ Revista Mexicana de Seguros, Fianzas y Finanzas, año 49, número 567, junio de 1997.

La evolución de la Institución del Seguro en México

c) Asesoría legal en la instrumentación y recuperación de sus créditos;

d) Análisis de solvencia financiera y moral de sus compradores, y

e) El seguro opera con mecanismos de alta liquidez, que en la mayoría de las veces no se presentan en el esquema de garantías reales.

Riesgos cubiertos por el Seguro de Crédito:

Los riesgos que cubre el seguro de crédito se traducen en una incapacidad financiera del deudor cuando ésta proviene de la operación del propio negocio, es una insolvencia o mora prolongada por causas siempre vinculadas con la operación diaria de la empresa compradora.

Los riesgos que cubre COMESEC son riesgos comerciales exclusivamente, originados por la incapacidad financiera del comprador para cubrir sus adeudos, es decir, el estado de insolvencia.

Para tal efecto, se entenderá por:

a) Insolvencia legal. Cuando existe una situación jurídica clara, definida, como la quiebra, suspensión de pagos o alguna similar en el país del deudor.

b) Insolvencia de hecho. Ocurre cuando el comprador no utiliza los mecanismos legales antes mencionados, pero se determina que no puede efectuar el pago. Ejemplo: celebración de un convenio para evitar la quiebra que implique prórroga al plazo original del crédito o quita de pasivo; determinación de que el ejercicio de una acción legal para obtener el pago de crédito, resultaría inútil por insuficiencia de bienes del deudor y los gastos de cobranza, resultarían superiores al monto cobrable.

c) Presunción de insolvencia o mora prolongada. Se configura cuando un crédito no es pagado 180 días después de su vencimiento siempre y cuando el asegurado compruebe que ejerció las gestiones de cobro correspondientes.

Los riesgos que cubre el seguro de crédito son los riesgos comerciales, dividiéndose el seguro para tal efecto en dos tipos:

- Seguro de Crédito Interno, el cual es utilizado por los empresarios mexicanos con el fin de disminuir los riesgos de sus ventas a crédito realizadas en la república, y

- Seguro de Exportación, el cual fue diseñado para apoyar al sector exportador en sus ventas a crédito al extranjero.

Riesgos no cubiertos por el Seguro de Crédito:

El seguro de crédito no cubrirá los llamados "riesgos políticos" tales como la expropiación, la confiscación, inconvertibilidad e intransferibilidad de moneda. Tampoco cubrirá la imposibilidad del comprador para pagar el crédito asegurado a consecuencia de daños producidos por fenómenos de la naturaleza, tales como: terremotos, inundaciones, ciclones, etc. (artículo 99 de la L.C.S.). Los daños o perjuicios derivados de pérdidas, deterioro o falta de mercancía en tránsito, así como los gastos de almacenaje, costas judiciales y otras erogaciones a que den lugar dichas eventualidades.

La evolución de la Institución del Seguro en México

Modalidades de Aseguramiento.

Existen fundamentalmente dos modos de asegurar los créditos dependiendo de las condiciones de cada uno de ellos:

a) Seguro de crédito de exportación.- Este tipo de créditos sirven para cubrir a compradores en cualquier país del mundo, previamente aceptados por la compañía, y entra en vigor desde el momento en que se embarca la mercancía. Este tipo de seguro tiene a su vez dos formas de operación, como se indica:

I) Póliza global.- Este tipo de pólizas sirve para cubrir en su totalidad los créditos concedidos a los clientes señalados de manera expresa en la póliza a plazo menor de un año que el asegurado conceda a sus compradores y el límite asegurado es revolvente.

La póliza global favorece la diversificación de riesgos, lo que permite cobrar al asegurado primas más bajas mientras mayor sea el número de operaciones que presente al asegurado.

Por regla general, el adquirente de una póliza global adquiere el compromiso de proteger todas sus ventas a crédito, con excepción de las que realice a través de carta de crédito irrevocable, a entidades públicas o a compradores privados con garantías de instituciones de crédito o de organismos oficiales, así como las que la aseguradora le autorice expresamente a excluir.

II) Póliza específica.- Este tipo de póliza se utiliza para cubrir los créditos aislados, un ejemplo puede ser aquel crédito que excede los límites de una póliza global, es decir para proteger las ventas a crédito, de medio y largo plazo que usualmente corresponden a bienes de capital y que, por sus características requieren que su cobertura sea contratada individualmente. Se solicita uno a uno (seguro por seguro, y una vez cobrado el crédito deja de tener vigencia)

b) Seguro de crédito interno.- Este seguro está diseñado para amparar a compradores con domicilio en la República Mexicana y entra en vigor desde el momento en que el comprador toma posesión de la mercancía o suscribe el título de crédito correspondiente.

Este tipo de seguro también tiene dos tipos de operación, la global, y la específica, y ambas funcionan como en el caso de los créditos de exportación.

c) Valores asegurables.- Este seguro de crédito sólo cubre un porcentaje de la pérdida total, dependiendo de la modalidad de que se trate. Por tanto, la suma asegurada corresponderá a la suma del valor de la factura, los gastos de transporte, las primas de otros seguros, los intereses cobrados por el crédito concedido y otro tipo de gastos adicionales señalados en la factura.

5.- CAPÍTULO QUINTO

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO ANTE LA COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS.

En los casos en que los usuarios del seguro tengan alguna inconformidad con una institución de seguros, y quieran agotar la etapa conciliatoria, misma que ya no es obligatoria con motivo de la derogación del mencionado artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, deberán presentar dicha inconformidad ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros quien proporcionará al titular del contrato, beneficiarios y terceros afectados e interesados, gratuitamente orientación técnica y jurídica necesaria con el fin de iniciar el trámite para la solución de la misma, pudiendo iniciar dicho trámite mediante la presentación de una queja o una reclamación, mismas que a continuación se estudian.

Se recomienda que antes de ocurrir ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, el usuario del seguro ocurra ante la Unidad Especializada con que deben contar las Instituciones Financieras, no obstante que los usuarios pueden, a su elección, presentar su consulta o reclamación ya sea ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

La queja

Se ha definido a la queja como el requerimiento informal de tipo administrativo que presenta una persona con motivo de su inconformidad respecto a los efectos derivados de un contrato de seguro, mismo que origina la intervención de la comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros ante la institución de seguros, ya sea personalmente o mediante la vía telefónica, con el objeto de que la Comisión Nacional tenga conocimiento y valore la problemática que plantea del quejoso.

El procedimiento a seguir para este tipo de inconformidad es el de acudir ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros ya sea personalmente, o mediante la presentación de un escrito o por vía telefónica a fin de que se proceda a recabar una cédula en la que se consignen los datos personales del quejoso, el nombre de la compañía con la cual se tiene la inconformidad, el número de la póliza, la vigencia del contrato, el número y fecha del siniestro, vigencia de la póliza, ramo del seguro y los pormenores de la queja.

Una vez requisitada la citada cédula, se gestionará la queja ante la institución correspondiente solicitándole la información correspondiente con fundamento en lo establecido por el artículo 11, fracción XX de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, comunicando posteriormente el resultado de la gestión al quejoso.

Si la queja se remite por escrito, ésta deberá contener los motivos de la queja, los datos de la póliza, y demás datos antes referidos, así como el domicilio y teléfono del

La evolución de la Institución del Seguro en México

quejoso, a fin de facilitar la comunicación entre él y la comisión Nacional e informarle el resultado de la gestión que la Comisión realice ante la compañía de que se trate.

En caso de que no se obtenga una solución a los intereses del usuario, se le orientará para la presentación del escrito de reclamación.

La reclamación

Se ha definido a la reclamación, para efectos de este procedimiento, el planteamiento formal que consiste en la presentación por escrito ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, de la inconformidad del usuario respecto al servicio ofrecido por una institución de seguros. El o los afectados por desviaciones en el desempeño de alguna aseguradora pueden presentar sus reclamaciones, dependiendo del caso, como un procedimiento derivado de una queja previa, o de manera directa, sin que medie queja alguna.

Procedimiento Conciliatorio.

La conciliación se ha definido como "la avenencia" que sin necesidad de juicio de ninguna clase, tiene lugar entre partes que disienten acerca de sus derechos en un caso concreto, y de las cuales, una trata de entablar un pleito contra la otra". La definición no es exacta por que puede haber conciliación cuando las dos partes quieran demandarse mutuamente y no sólo una de ellas lo pretenda hacer, porque algunas legislaciones permitan las diligencias de conciliación aun ya promovido el juicio.⁵⁵

Se ha establecido que esta institución, constituye una función pública a cargo tanto de funcionarios de la Administración Pública, a quienes las leyes atribuyen la obligación de gestionar y propiciar la solución de conflictos promoviendo la conciliación entre las partes.

A continuación analizaremos los puntos más importantes de la etapa conciliatoria:

"Escrito de reclamación"

Por lo que respecta al escrito de reclamación, aparte de los requisitos que señala el artículo 63 de la Ley de Protección y Defensa para los Usuarios de Servicios Financieros, es importante para la elaboración de los escritos de reclamación en materia de seguros, tomar en cuenta los siguientes puntos:

- a) Nombre del reclamante, domicilio para oír y recibir notificaciones y el nombre de persona autorizada para recibirlas, si es persona moral, se deberá acompañar el documento con que acredite dicha representación y si es posible número telefónico;
- b) Nombre de la compañía contra la cual presenta la reclamación y número de la póliza contratada;
- c) Número del siniestro en caso de tratarse de un asunto relativo a operaciones de daños;

⁵⁵ Gómez Lara, Cipriano. Teoría General del Proceso. Editorial Harla, México, 1998.

d) Prestaciones que reclama, cuantificándolas y desglosando conceptos a fin de que la comisión Nacional de Seguros y Fianzas en caso de que proceda, ordenen la constitución de la reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir;

e) Una narración sucinta de los hechos acompañando la documentación que estime pertinente de preferencia en copia simple para evitar extravío de documentación;

f) Fecha y firma, y

g) Anexar por duplicado copia simple de la reclamación y de la documentación que respalde la misma a fin de que una copia sirva de acuse y la otra para correr traslado a la compañía Aseguradora.

Al presentarse la reclamación se emite un oficio que es remitido a la institución aseguradora, acompañando al mismo copia del escrito de queja presentado por el quejoso marcando copia de dicho oficio al reclamante, en el cual se señalará el día y la hora en institución aseguradora la rendición de un informe, apercibiéndola que de no ocurrir el día y hora señalados a la audiencia y que de no rendir el informe solicitado se hará acreedora a las sanciones correspondientes.

Informe

Este informe juega un papel muy importante en lo que respecta a la tramitación de la queja. Dicho informe deberá ser presentado por la institución de seguros, antes o al momento de celebrar la audiencia conciliatoria procediéndose a correr traslado al reclamante en la aludida junta, en caso de que comparezca a la misma y en caso contrario se le remitirá por oficio al domicilio que haya señalado para oír y recibir notificaciones.

En dicho informe, la aseguradora deberá responder de manera razonada con respecto a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, situación que en algunas ocasiones no se presenta ya que algunas instituciones aseguradoras al rendir dicho informe, por conducto de sus apoderados, lo hacen de manera incompleta lo que obliga en algunos casos, a la parte reclamante a solicitar el informe complementario a fin de esclarecer los hechos o situaciones por las que la institución aseguradora rechaza la reclamación correspondiente, por lo que se procederá a diferir la junta para que en la nueva fecha presente el informe complementario o adicional.

En caso de no presentar el informe, como ya se estableció, la empresa de seguros se hará acreedora a una sanción pecuniaria con base en el salario mínimo general vigente en Distrito Federal.

Dicho informe deberá estar firmando por el representante legal de la aseguradora, no importando el hecho de que el citado informe esté rendido por una persona distinta a la que ocurra a la audiencia conciliatoria.

Cabe agregar que en la práctica, los reclamantes basan su escrito de demanda tomando en cuenta principalmente los motivos que esgrime la aseguradora en el informe rendido y en algunos casos, al contestar la demanda la aseguradora esgrime situaciones diferentes a las plasmadas en su informe, por lo que se recomienda tomar sus providencias al elaborar la demanda.

Constitución de reserva

Hasta antes de la derogación del artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la orden de constitución de esta reserva tenía su fundamento en el artículo 135, inciso c) de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en relación con los artículos 50 y 55, fracción II, de la misma ley y era ordenada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El artículo 50 de la aludida ley establece las bases para la constitución de la misma al establecer que las reservas para obligaciones pendientes de cumplir serán:

I. Por pólizas vencidas, por siniestros ocurridos, y por repartos periódicos de utilidades, el importe total de las sumas que deba desembolsar la institución, al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, debiendo estimarse conforme a las bases siguientes:

a) Para las operaciones de vida, las sumas aseguradas en las pólizas respectivas, con los ajustes que procedan, de acuerdo con las condiciones del contrato. En obligaciones pagaderas a plazos, el valor presente de los pagos futuros, calculado al tipo de interés que fije la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Tratándose de rentas, el monto de las que estén vencidas y no se hayan cobrado;

b) Para las operaciones de daños;

1. Si se trata de siniestros en los que se ha llegado a un acuerdo por ambas partes, los valores convenidos;

2. Si se trata de siniestros que han sido valuados en forma distinta por ambas partes, el promedio de esas valuaciones;

3. Si se trata de siniestros respecto de los cuales los asegurados no han comunicado valuación alguna a las instituciones, la estimación que estas últimas hubieren hecho de esos siniestros. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, queda facultada, en este caso, para rectificar la estimación hecha por las empresas;

c) Para las operaciones de accidentes y enfermedades se procederá como en las de vida, cuando se trate de capitales o rentas aseguradas por muerte o por incapacidad y como en las de daños en los demás casos, y

d) Si se trata del supuesto del artículo 135 de esta ley, la cantidad que designe la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Las reservas a que se refieren los incisos a), b) y c) de esta fracción, deberán constituirse inmediatamente después de que se hayan hecho las estimaciones correspondientes y la reserva a que se refiere el inciso d) conforme a lo dispuesto por el artículo 135 citado.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá, en cualquier momento, abocarse de oficio al conocimiento de un siniestro y mandar constituir la reserva que corresponda.

II. Por siniestros ocurridos y no reportados, así como por los gastos de ajuste asignados al siniestro de que se trate, las sumas que autorice anualmente la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a las instituciones, considerando la experiencia de

La evolución de la Institución del Seguro en México

siniestralidad de la institución y tomando como base los métodos actuariales de cálculo de cada compañía que en su opinión, sean los más acordes con las características de su cartera.

Estas reservas se constituirán conforme a lo que señale la Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante reglas de carácter general y sólo podrán utilizarse para cubrir siniestros ocurridos y no reportados así como gastos de ajuste asignados al siniestro, y

III. Por las operaciones de que trata la fracción III del artículo 34 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la reserva se calculará teniendo en cuenta los intereses acumulados.

La junta de conciliación

Esta etapa persigue los siguientes fines:

- Primarios:

- a) Hacer del conocimiento de las partes la finalidad de la Audiencia conciliatoria;
- b) Correr traslado con el informe que rinda la Compañía Aseguradora;
- c) Hacer del conocimiento del reclamante el motivo por el cual la compañía aseguradora considera improcedente la reclamación;
- d) Tratar de avenir o conciliar a las partes a través de las pláticas que al efecto realicen las mismas en esta audiencia ya que en algunas ocasiones la falta de información o comunicación entre la aseguradora y el reclamante es lo que motiva la queja, y
- e) En su caso, ordenar el registro de reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir.

- Secundarios:

- a) Evitar, a través de esta audiencia, un juicio futuro;
- b) Desempeñar la función de un filtro de los juicios que en un futuro se ventilen ya sea en la Comisión o ante los tribunales del orden común, y
- c) Agotar la referida etapa que era obligatoria por ley, para las quejas que se presentaron hasta antes a la reforma que sufrió la Ley de Protección y Defensa para los Usuarios de Servicios Financieros, publicada el 5 de enero de 2000, misma que deroga el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

El dictamen técnico

El dictamen técnico tiene su fundamento en el artículo 68, fracción VII, segundo y tercer párrafo de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, al establecer que:

“En el evento de que la Institución Financiera rechace el arbitraje o no asista a la junta de conciliación y siempre que del escrito de reclamación o del informe presentado por la Institución Financiera, se desprendan elementos que a juicio de la Comisión Nacional permitan suponer la procedencia de lo reclamado, la propia Comisión Nacional podrá emitir, previa solicitud por escrito del Usuario un dictamen técnico que contenga su opinión. Para la elaboración del dictamen, la comisión Nacional podrá allegarse todos los elementos que juzgue necesarios.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen técnico, a efecto de que pueda hacer valer ante los tribunales competentes, quienes deberán tomarlo en cuenta en el procedimiento respectivo;”

El dictamen técnico debe ser tomado como una opinión técnico-jurídica, no pericial emitida por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros referente a la interpretación que hace la citada comisión, respecto de la procedencia de la reclamación presentada ante la misma a efecto de que el reclamante lo haga valer ante los tribunales competentes, quienes deberán de tomarlo en cuenta en el procedimiento respectivo.

Para la emisión del citado dictamen se deben reunir los siguientes requisitos:

- a) La solicitud por escrito del usuario;
- b) Inasistencia de la institución financiera a la junta de conciliación o que la misma rechace el arbitraje;
- c) Existencia de elementos en el escrito de reclamación y/o en el informe presentado por la institución de seguros, que a juicio de la Comisión permitan suponer la procedencia de lo reclamado.

EL JUICIO ARBITRAL EN MATERIA DE SEGUROS

El procedimiento arbitral ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

El procedimiento arbitral en materia de seguros, mismo que se inicia en caso de que las partes no logren conciliar sus intereses en la etapa conciliatoria y, acepten la invitación que haga el abogado conciliador a someter sus diferencias al arbitraje de dicha Comisión, se tramita ante la citada Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros por conducto de la Dirección General de Quejas, Conciliación y Arbitraje, de conformidad con lo establecido por el artículo 19 del Reglamento Interior de la citada Comisión Nacional.

Arbitraje en estricto derecho cuando se faculta a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros para resolver la controversia.

En el arbitraje en estricto derecho, las partes facultarán a su elección, a la Comisión Nacional, a alguno, o algunos de los árbitros propuestos por ésta, a resolver la controversia planteada con estricto apego a las disposiciones legales aplicables, y determinarán las etapas, formalidades, términos y plazos a que se sujetará el arbitraje con arreglo a lo dispuesto en el artículo 75 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La evolución de la Institución del Seguro en México

Para tal efecto, las partes pasan a formular las bases del arbitraje mediante la elaboración del compromiso arbitral en estricto derecho correspondiente.

Aplicación de disposiciones y la supletoriedad de la ley.

Por lo que se refiere a las disposiciones que habrán de aplicarse en el procedimiento arbitral ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la parte conducente del artículo 75 de la citada Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros en su fracción VIII, estatuye que:

“VIII. Se aplicará supletoriamente el Código de Comercio, a excepción del artículo 1235 y a falta de disposición en dicho código, se aplicarán las disposiciones del Código de Procedimiento Civiles para el Distrito Federal, a excepción del artículo 617.”

Partes que intervienen en el arbitraje.

Son partes en el juicio arbitral en estricto derecho:

- a) La parte reclamante, ahora actora;
- b) La empresa aseguradora, ahora demandada, y
- c) El instructor del procedimiento arbitral debiendo, en su caso, actuar con un abogado de la Comisión, quien fungirá como Secretario de Acuerdos para dar fe.

Cabe indicar que el aludido arbitraje no contempla la figura del tercero perjudicado o ajeno al juicio.

La personalidad en el arbitraje en materia de seguro.

Por lo que respecta a la personalidad dentro del procedimiento arbitral, al suscribir el arbitraje las partes, se reconoce expresamente al personal, por lo que en caso de llegarse a plantear una cuestión de falta de personalidad por alguna de las partes la misma será improcedente, por lo que es importante que antes de que las partes se sometan al citado arbitraje revisen que la parte contraria tenga debidamente acreditada su personalidad y en caso contrario impugnen dicha personalidad, antes del sometimiento al arbitraje.

El hecho de que se tengan por reconocidas las respectivas personalidades trae como consecuencia que las partes no tengan la necesidad de acompañar, tanto a su escrito de demanda como de contestación a la misma, el testimonio de poder con el que acrediten sus personalidades, siempre y cuando la persona que se sometió al arbitraje sea la misma que presenta y firma la demanda o la contestación de la misma.

Objeto del arbitraje o fijación de la litis planteada.

Se entiende por fijación de la litis la determinación precisa de las cuestiones controvertidas que las partes sometan a la decisión del árbitro.

Mediante esta fijación de la litis se determinará el objeto del arbitraje a través de los correspondientes escritos de demanda y contestación a la misma, sujetándose las partes exclusivamente a los puntos controvertidos que en ellos se esgriman y a la litis que así quede constituida, debiendo concretarse al laudo que se pronuncie.

Términos y notificaciones.

Por lo que se refiere al cómputo de los términos, los mismos empezarán a contarse a partir del día siguiente a aquel en que surtan efecto las notificaciones respectivas, es decir, es igual que en los procedimientos mercantiles y civiles locales.

Demanda.

A fin de estudiar el arbitraje ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, procederemos a dividir dicho trámite en etapas procesales.

Demanda
Contestación de demanda, ofrecimiento y desahogo de pruebas
Etapas de alegatos
Caducidad de la instancia

Arbitraje en estricto derecho cuando se faculta a alguno de los árbitros propuestos por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, para resolver la controversia.

En este arbitraje la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, propondrá una lista de árbitros mismos que deberán cumplir con los requisitos contemplados por el artículo 72 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y que cuenten con la práctica legal que corresponda a la materia objeto de la reclamación presentada.

El arbitraje en amigable composición.

Por lo que respecta al arbitraje en amigable composición las partes facultarán a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada, la controversia planteada y se fijarán de manera específica, de común acuerdo y previa opinión de la Comisión, las situaciones y puntos motivos de la controversia, estableciéndose las etapas, formalidades y términos a que se sujetará el arbitraje.

Emisión del laudo y el amparo.

El laudo es la resolución que pone fin al juicio arbitral, y que es encomendada al grupo de proyectistas con que cuenta el Organismo.

Procedimiento:

- a) Una vez que se cita a las partes para oír resolución, se turna el expediente a proyectista;
- b) Elaborado el proyecto, se revisa y se turna al Comité de Laudos mismo que se encargará de analizar, discutir y aprobar el proyecto de laudo;
- c) Una vez discutido y aprobado el proyecto de laudo, el Director General de Quejas, Conciliación y Arbitraje procederá a la firma del mismo;
- d) Se publica el laudo por listas y se notificará personalmente a las partes.

Ejecución del laudo

Por lo que se refiere a los laudos pronunciados por la comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en los términos del artículo 80 de la Ley para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, corresponde a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, adoptar todas aquellas medidas necesarias para el cumplimiento de los laudos dictados por la misma, para lo cual mandará en su caso, que se pague a la persona en cuyo favor se hubiere dictado el laudo.

Convenios.

Por lo que se refiere a los convenios, que en ocasiones se celebran ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, los mismos serán elevados a categoría de sentencia ejecutoria.

El Juicio Ordinario y el Cumplimiento de Sentencias.

Agotada la etapa conciliatoria ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en caso de no conciliar la reclamación y se dejen a salvo los derechos del reclamante, o no agotada esta etapa, se podrá ocurrir ante los tribunales competentes ya sea del fuero Común o Federal en la vía Ordinaria Mercantil.

6.- CAPÍTULO SEXTO

LA INSTITUCIÓN DEL SEGURO EN EL SIGLO XXI.

6.1 MODIFICACIONES A LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

La Comisión de Hacienda y Crédito Público con el proyecto del decreto de la Ley en mención, el día 18 de diciembre de 2001 resolvió sobre la iniciativa planteada por el Ejecutivo Federal el día 8 de noviembre del mismo año , publicándose las modificaciones el día 16 de enero de 2002.

Al respecto señalo que dichas modificaciones tuvieron por objeto la necesidad de adecuar el marco jurídico en materia de Seguros y Fianzas, tendiente a su modernización y fortalecimiento, a fin de proporcionar mayor seguridad al público usuario y lograr un sano desarrollo del sistema financiero.

Se subraya que con objeto de impulsar su mejor desarrollo, las instituciones de seguros y fianzas puedan acceder a fuentes alternas de capital, para lo cual se establece una adecuada regulación a fin de que estén en condiciones de emitir obligaciones subordinadas no convertibles en acciones, además de otros títulos de crédito así como realizar operaciones de reaseguro financiero y contratación de líneas de crédito, reformas que se complementan con las que recientemente han sido aprobadas.

En otro aspecto y con el propósito de proteger los intereses del público, se establece la base jurídica para la adecuada dispersión en el uso de reaseguradoras y reafianzadoras, en estricto apego a los criterios en materia de asunción de riesgos. Asimismo se propone que el cliente tenga diversas opciones al permitir que dos o más instituciones nacionales o filiales de un mismo grupo, atiendan una misma operación o ramo en el caso de seguros o del mismo ramo, o subramo, tratándose de afianzadoras.

Adicionalmente se propone la posibilidad de establecer que las filiales mexicanas puedan establecer sucursales o subsidiarias como ocurre actualmente en el marco del Tratado de Libre Comercio, haciéndose extensivo a los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico -OCDE-, así como realizar operaciones mediante el uso de medios electrónicos.

En materia corporativa, se uniforman respecto a otras instituciones financieras, los requisitos para obtener la autorización o el cambio de control accionario, así como la comprobación mediante visitas previas, de su capacidad instalada.

Las reformas a la Ley en comento también hace referencia a la suficiencia actuarial en la valuación de las reservas, para lo cual se exige que el actuario que dictamine al respecto, cuente con los debidos conocimientos y con cédula profesional certificada por el colegio respectivo. Sobre el mismo aspecto, se establecen medidas que permitan asegurar la adecuada alternancia de los auditores externos contables y actuariales independientes, y sobre la información que deben aportar sus dictámenes.

En cuanto las autorizaciones o disolución de instituciones, se considera su revocación, precisándose las causales así como la facultad de la Secretaría de Hacienda y Crédito

La evolución de la Institución del Seguro en México

Público, para suprimir uno o varios ramos u operaciones en el caso de aseguradoras, y de ramos o subramos tratándose de afianzadoras.

Por lo que se refiere a sanciones, se ordena que haya congruencia entre el peso y monto de la sanción y la gravedad de la falta cometida, agregándose la figura de la amonestación y la aplicación de correctivos a los técnicos que emitan opiniones sin apego a las disposiciones legales aplicables.

En cuanto a la tarea de supervisión, se plantea que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, emita normas de carácter prudencial así como que regule el régimen de inversión de los sistemas de pensiones del personal de las instituciones supervisadas, así como dar información sobre la situación financiera y regulatoria de las instituciones y, en su caso, de las sanciones aplicadas. Para la realización de estas funciones la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, podrá contar con los servicios de auditores independientes, previéndose la posibilidad de que órganos supervisores extranjeros realicen visitas de inspección sin la intervención de la mencionada Comisión, situación que también aplica de manera recíproca para las autoridades mexicanas.

Por lo que corresponde a la vigilancia, se ordena que las instituciones puedan presentar información vía electrónica, y que lleven a cabo planes de autocorrección sin la aplicación de sanciones, siempre que se atienda el marco regulatorio en vigor.

En el mismo sentido, se adecuan los procedimientos relativos a planes de regularización para subsanar faltantes en las coberturas de capital mínimo legal pagado, mínimo de garantía o requerimiento mínimo de capital base de operaciones, así como reservas técnicas, entre otros aspectos.

En materia corporativa se propone fortalecer su estructura, mediante la integración de sus consejos de administración cuidando que éstos se formen con el número adecuado que no podrá ser inferior a 5 ni mayor de 15, por un periodo no mayor de 5 años y con elementos de reconocida capacidad, incorporándose la figura de consejeros independientes y del contralor normativo. En este aspecto se elimina la necesaria ratificación de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas sobre los nombramientos que hagan las instituciones, y que sean estas últimas quienes asuman su responsabilidad en cuanto a estas decisiones.

En lo relativo a seguros, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público tendría facultad para regular las operaciones activas de seguros y atender las consultas sobre las mismas. En este aspecto se establece la especialización de seguros de vida y de seguros de daños, sin menoscabo de que se sigan realizando ambas operaciones al amparo de las autorizaciones en vigor, y se simplifican y agilizan los registros de notas técnicas y documentación contractual, unificándolas bajo el concepto de un solo producto con un solo registro.

Por cuanto a la administración y operación de fianzas, la Iniciativa del Ejecutivo Federal propone mejorar las prácticas de operación mediante la evaluación del riesgo dentro del negocio afianzador, a fin de mejorar la calidad de análisis y suscripción de la respectiva fianza, cuidando de que para efectos de recuperación se cuente con los fiadores u obligados solidarios solventes. Relacionado con este aspecto, se establece la obligación de mantener un adecuado control de los riesgos asumidos por el fiador y el cumplimiento de sus obligaciones.

En base a lo anterior se expresa la prohibición de utilizar pólizas de fianzas o contratos firmados sin requisitos, a excepción de las fianzas para garantizar la libertad caucional, las cuales deberán ser objeto de un registro que permita conocer a los agentes a quienes se les proporcionan.

Por lo que respecta a este inciso, solo me resta indicar que las modificaciones, adiciones y derogaciones que tuvo la Ley en este periodo fueron en razón de los siguientes artículos:

Se reformaron los artículos 2° Bis párrafo primero, 2° Bis 2, 3° fracción III inciso 2), 5°, 6°, 10 fracción II, 12, segundo párrafo, 16, 18, 23 párrafos tercero y quinto, 24 párrafo primero, 25, 26 párrafo primero, 29 fracciones I, II, III, VII, VII Bis, VII Bis 1, VII Bis 2 y XI, 31, 32 último párrafo, 33-F, 33-G párrafo segundo, 33-I fracción II, 33-K, 33-N párrafo primero, 34 fracciones X Bis y XI Bis, 35 fracciones II, XIII y XVI Bis inciso e) párrafo tercero, 36 fracción V párrafo primero, 36-A, 36-B, 38, 47 fracciones I, II, III inciso a) y IV, 50 fracción I inciso b) numeral 3) y segundo párrafo del mismo artículo, 52 Bis fracciones I y II, 52 Bis-1 párrafo segundo, 53 párrafo primero, 57 párrafo segundo y cuarto, 60, 61 párrafo segundo, 62 fracciones II y XI, 67 párrafo tercero, 68 párrafo tercero, 69 párrafo primero, 70 párrafo primero, 73, 74, 75 párrafo primero y fracciones I, II, VI, VII, VII Bis y IX, 78 fracciones XIII y XVII, 82 fracciones VIII y X, 86 párrafo segundo, 89, 91 párrafo primero, 93 fracción IV, 96, 97 fracciones I, II, VII, IX y último párrafo, 105, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127 último párrafo, 129 último párrafo, 131, 135 Bis fracciones VI segundo párrafo, y VII, 138, 139 fracciones IV primer párrafo, VI inciso a), VII, VIII, IX, X, XI, XII y XIII, XVI, XVII, XXI y 143 fracción I, así como la denominación del Título Cuarto, y la denominación y numeración del Capítulo Único del mismo Título Cuarto; se ADICIONAN los artículos 3° fracción I con un último párrafo, 7° con un tercer párrafo recorriéndose los existentes en su orden, 10 con una fracción II Bis, 12 con un segundo párrafo, 29 fracción VI con un tercer y cuarto párrafos, el mismo 29 con las fracciones VII Bis 3 y VII Bis 4, 29 Bis, 29 Bis 1, 33-N con un último párrafo, 34 con una fracción I Bis, el mismo 34 fracción IV con un segundo párrafo recorriéndose los existentes en su orden, 35 con las fracciones I Bis, XIII Bis y XIII Bis 1, 36-D, 36-E, 52 Bis con una fracción III, 53 con un segundo párrafo, 61 con un último párrafo, 62 con las fracciones II Bis y II Bis 1, 64 Bis, 68 Bis, 69 con un segundo párrafo, 74 Bis, 74 Bis 1, 74 Bis 2, 75 con una fracción VII Bis, 75 Bis, 91 con un último párrafo, 93 con una fracción I Bis, 107 con un segundo, tercero y cuarto párrafos, 107 Bis, 108 con las fracciones IV Bis, VIII Bis y XI, 110 con un último párrafo, 113 segundo párrafo, 133, 135 Bis con una fracción VIII, y 139 con las fracciones IV Bis, IV Bis 1, IV Bis 2, IX Bis, IX Bis 1, IX Bis 2, IX Bis 3, IX Bis 4 y IX Bis 5, así como con un Capítulo II al Título Cuarto; y se DEROGAN los artículos 15, 33-I fracción III y en su último párrafo, 33-J, 33-L, 44, 46 fracción III, 50 fracción I inciso d), 51, 62 fracción XI en su segundo párrafo, 75 fracción V Bis, 83, 97 fracción IV, 125, 130, 139 fracciones I, XIX y XX, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

6.2. MODIFICACIONES A LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

Nuestra sexagenaria Ley sobre el Contrato de Seguro, desde su promulgación que data del 30 de agosto de 1935, sólo había sido reformada en dos ocasiones. La primera de ellas, por decreto publicado en el Diario Oficial de 15 de abril de 1946, tuvo por finalidad principal reafirmar el carácter consensual del contrato de seguro, pues aunque desde su texto original tenía ese carácter, no faltaron opiniones en el sentido de que los artículos 21 y 35, en su texto primitivo, establecían el sistema de que la entrega de la póliza era necesaria para que entrara en vigor el contrato y se iniciaran las obligaciones

de la aseguradora, como sucedía durante la vigencia de la Ley General de Sociedades de Seguros promulgada el 31 de mayo de 1926, cuyo artículo 110 establecía que el contrato de seguro se perfeccionaba mediante la entrega de la póliza y el pago de la prima.

La segunda reforma se realizó por decreto publicado en el Diario Oficial de fecha 5 de enero de 1966 y tuvo por finalidad cambiar el régimen de pago de la prima y de la rescisión por incumplimiento de esa obligación esencial del contrato de seguro.

Hasta el año 2002, mediante decreto del Congreso de la Unión, publicado en el Diario Oficial de 2 de enero, vuelve a reformarse nuestra Ley sobre el Contrato de Seguro, a fin de precisar algunas normas que dejaban lugar a dudas, algunas razonables y otras carentes de toda fundamentación lógica; así como para introducir modificaciones al régimen de algunos tipos específicos de seguro, como el de gastos médicos y el de responsabilidad civil.

Dividiré esta exposición en dos partes principales: en la primera me referiré a las reformas relativas al contrato en general y al derecho de subrogación de la aseguradora, entre las que comprenderé las relativas a los artículos 40, 48, 111 y 152 y en la segunda trataré lo que atañe al seguro de responsabilidad civil.

La reforma a la Ley sobre el Contrato de Seguro ha sido una necesidad considerada por el sector desde hace varios años, lo que dio origen incluso a la elaboración de varios proyectos de ley, realizados por comisiones formadas para ese fin entre los años 1992 a 1994; pero que, por diversos motivos, no llegaron a constituir una iniciativa de ley.

En esos proyectos se conservaba la mayor parte del articulado, pues siempre se ha considerado que esa ley tiene calidad, aunque como es lógico, algunas de sus disposiciones son perfectibles, por tener defectos desde su origen o porque el paso del tiempo las hace anticuadas y necesitan adecuarse a las necesidades actuales.

A los artículos reformados ahora en el 2002, con excepción de los relativos al seguro de responsabilidad civil, ya se les había intentado modificar en los proyectos a que he hecho referencia antes.

El artículo 40 que ya había sido reformado en 1966, es el primero que aparece modificado ahora en el presente año, lo que revela la importancia que ha tenido para la materia, la norma relativa a los efectos del incumplimiento de la principal obligación del asegurado, consistente en el pago de la prima.

Desde que se estableció el plazo de gracia de 30 días a favor del contratante del seguro para el pago de la prima, en forma imperativa, y que produce la rescisión automática del contrato, preocupó al sector la gran cantidad de coberturas con duración exclusiva de un mes, como consecuencia de la rescisión automática del contrato, porque el asegurado o el contratante no pagaba a tiempo y la práctica imposibilidad de cobrar la fracción de prima causada por esa cobertura, hacía que se dejaran de cobrar anualmente cantidades muy elevadas, como contraprestación a coberturas que si bien sólo duraban 30 días, la empresa de seguros garantizaba el riesgo y en muchas ocasiones tenía que pagar los siniestros.

Incluso ha habido diversos fraudes mediante mecanismos que se inventaron para tener una cobertura por plazos bastante prolongados, sin pagar prima, o se han asegurado en forma irregular no en flotilla, una serie de bienes con la finalidad de que se

cancelaran por falta de pago de la prima, los seguros que cubrían todos aquellos bienes que no sufrieran siniestro durante el primer mes y cobrar la indemnización de aquél que sufrió daños en ese mismo lapso.

Por las razones expuestas, en los proyectos de 1994 se establecía la obligación de pagar la prima o la fracción de ésta en un plazo improrrogable de cinco días naturales; pero se otorgaba a la empresa aseguradora la facultad de darse por pagada dentro de dicho término, lo que en el fondo era admitir un pacto en contrario.

El artículo 40 conforme a la reforma del 2002, según considero, soluciona los problemas que causaba su anterior redacción; pero en el momento de la contratación se tendrá que instruir suficientemente al contratante, para evitar consecuencias que no prevea, sobre todo en los primeros meses de vigencia del nuevo texto.

La reforma al artículo 48 viene a solucionar un defecto del texto anterior de esta disposición, pues hubo sentencias contradictorias, ya que en ocasiones se interpretaba que el aviso sólo se debía dar al asegurado y no era válido si se daba al beneficiario, en el caso del seguro que cubría el riesgo de muerte.

Mi opinión es en el sentido de que, aún con el texto anterior era válido para que procediera la rescisión del contrato el aviso que se daba al beneficiario, porque al ser el contrato en estos casos, una estipulación a favor de tercero, el derecho de éste lo adquiría con todas las cargas y condiciones aplicables al derecho del estipulante. En otros términos, en cualquier contrato, el derecho que se crea a favor de quien no fue parte en el contrato, nace con las mismas cargas que tendría si fuera el estipulante el destinatario de ese derecho.

Pero es muy loable la reforma porque elimina toda discusión, respecto a si el aviso dado a los beneficiarios es apto para que se rescinda el contrato por falsas o inexactas declaraciones al contratar.

Por otra parte, es también muy razonable la ampliación del término a 30 días, pues las labores propias de la empresa de seguros y la existencia de diversas áreas, como pueden ser la de siniestros y el jurídico, podría causar el retraso en la comunicación de la voluntad de rescindir.

El cuarto párrafo que se añade al artículo 11 que se refiere al derecho a la subrogación a favor de la aseguradora que pague la indemnización, es una solución equitativa a fin de que no se llegue al caso de que la empresa indemnice a un miembro de la familia e inmediatamente después recupere la suma pagada de otro miembro de esa misma familia, lo que haría nugatorio el beneficio del seguro. En algunas pólizas ya se preveía una solución semejante a la que ahora consagra la ley.

Es también plausible, la disposición contenida en el segundo párrafo del artículo 152 que establece la posibilidad de que la aseguradora se subroge en el seguro de gastos médicos y lo que se justifica, debido a que en este contrato la prestación a cargo de la aseguradora comprende solamente el desembolso de los gastos médicos y no se justificaba que el propio asegurado recibiera además un pago hecho por el causante del daño de los mismos gastos ya cubiertos por la aseguradora, aunque pueda tener derecho al cobro de cualquier otra responsabilidad civil en que hubiera incurrido el causante de los daños.

Aunque las reformas hasta este momento comentadas, pueden ocasionar algunas discusiones, creo que no traerán demasiadas diferencias de opinión; pero no sucederá lo mismo con lo que comentaré en seguida.

La reforma al primer párrafo del artículo 145 de la Ley sobre el Contrato de Seguro no sería necesaria si los tribunales de todo el país hubieran hecho una aplicación lógica y jurídica del concepto de seguro de responsabilidad civil, cualquiera que sea la naturaleza que doctrinalmente se acepte de éste, pues en su texto original al disponer que se obliga a pagar la indemnización que el asegurado debe a un tercero por un daño previsto en el contrato de seguro, la obligación de la empresa de seguros no puede ser superior a la suma asegurada estipulada, ya que en todo contrato la obligación de aquella no puede ser superior a la que la voluntad de ambas partes fijó como su límite máximo.

El artículo 86, aplicable a todo seguro de daños, expresa el límite de la responsabilidad del asegurador al disponer que en ese tipo de contrato "la empresa aseguradora responde solamente por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor real asegurado. En el seguro de responsabilidad, por regla general, el valor real asegurado no tiene límite, pues el daño que puede causarse a un tercero es infinito; pero la suma asegurada es siempre el límite de la obligación de la aseguradora.

Sin embargo, algunas autoridades han condenado a algunas empresas de seguros a pagar una indemnización superior a la suma asegurada. Para autoridades tan arbitrarias e ignorantes era indispensable una reforma como la que se ha hecho al artículo 145 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El mismo capítulo relativo al seguro de responsabilidad civil, ha sufrido otras reformas de suma importancia y que constituyen novedades en nuestro medio de seguros. Varias de ellas se refieren a los seguros de responsabilidad obligatorios, previstos en otras leyes. Así el segundo párrafo del nuevo artículo 145 dice textualmente: "Tratándose de los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley, la empresa estará obligada a cubrir hasta la suma asegurada que se establezca en las disposiciones legales respectivas o en las que deriven de las mismas, vigentes al celebrarse el contrato." Por lo tanto, en estos seguros obligatorios, las partes no fijan libremente la suma asegurada, sino que puede estar determinada por disposiciones legales de carácter administrativo y en este caso ésa será necesariamente la suma asegurada que regirá para el contrato. Como en el momento de contratar, las partes deben conocer las disposiciones legales vigentes sobre la responsabilidad materia del contrato, el consentimiento de ellas versará sobre la asunción del riesgo hasta la suma asegurada establecida en esas disposiciones legales y podrán estipular la prima adecuada, de acuerdo con la gravedad e intensidad del riesgo, y demás factores que influyen en la fijación del monto de la prima.

Pero la disposición de más trascendencia en relación con los seguros obligatorios de responsabilidad civil, es la contenida en el artículo 150 bis que a la letra dice:

"Los seguros de responsabilidad que por disposición legal tengan el carácter de obligatorios, no podrán cesar en sus efectos, rescindirse, ni darse por terminados con anterioridad a la fecha de terminación de su vigencia.

Cuando la empresa pague por cuenta del asegurado la indemnización que éste deba a un tercero a causa de un daño previsto en el contrato y compruebe que el contratante incurrió en omisiones o inexactas declaraciones de los hechos a que se

refieren los artículos 8º, 9º, 10 y 70 de la presente Ley, o en agravación esencial del riesgo en los términos de los artículos 52 y 53 de la misma, estará facultada para exigir directamente al contratante el reembolso de lo pagado.”

Antes de entrar a analizar el alcance práctico de este precepto quiero hacer alusión a algunos puntos doctrinales.

En mi opinión, el contrato de seguro de responsabilidad civil, es un contrato a favor de tercero, y baso este aserto en la acción directa que nuestra ley concede al tercero víctima de algún hecho dañoso previsto en este tipo de contratos.

La figura del contrato a favor de tercero, es una forma de contratar, que admite los más diversos contenidos, por lo que el jurista italiano Giovanni Pacchioni, en su famosa monografía sobre los contratos a favor de tercero manifiesta que cada tipo de contrato a favor de tercero debe tener distintas reglas, ya sea contrato de seguro, de renta vitalicia, de transporte, etc.

El autor italiano en la obra citada, hace constar dos posturas opuestas en cuanto a la naturaleza del derecho del tercero, la que considera que el derecho del tercero no es sino el mismo derecho del estipulante transmitido a aquél y la que considera que es un derecho autónomo; critica las soluciones de ambas ya que la primera concluye que son oponibles todas las excepciones derivadas del contrato, en todos los casos y la segunda, que oscila entre una abstracción absoluta y una atenuada, que puede quedar reducida a una sombra de autonomía y, por fin, concluye con estas palabras:

“La teoría que hace del derecho del tercero un derecho abstracto, es ciertamente inaceptable, como teoría general aplicable a todos los contratos a favor de tercero; pero en algún caso especial podría ser considerada, en cambio, como la más conveniente. En efecto, podemos suponer que en un contrato determinado a favor de tercero sea útil aislar la obligación que asume el promitente para con el tercero del contrato del que se deriva, dejando que los efectos nacidos en los vicios que ocasionalmente pueden afectar al contrato produzcan sus efectos sólo entre las partes contratantes. En tal caso podremos sin la menor vacilación, afirmar que el derecho del tercero es un derecho abstracto. Pero en la generalidad de los casos esta abstracción de la causa del contrato, en cuanto se refiere al derecho del tercero, no será necesaria en absoluto, y entonces ese derecho deberá tener su propia causa, que estará en el contrato celebrado entre el estipulante y el promitente, pero no considerado como un sencillo contrato normal (como lo sería si las partes contratantes lo hubiesen celebrado entre y para ellas sólo), sino como un contrato con un fin especial que no es otro sino el del contrato a favor de tercero.

De lo sostenido por Pacchioni, a fin del siglo XIX y repetido en ediciones posteriores de su monografía, se desprende que es posible crear por contrato, un derecho abstracto, lo que ha sido plasmado en el nuevo artículo 145 BIS de la Ley sobre el Contrato de Seguro y desde 1980 en la española Ley del Contrato de Seguro, no sólo para los seguros obligatorios, sino para todo contrato de seguro de responsabilidad civil, ya que su artículo 76 es del tenor siguiente: “El perjudicado o sus herederos tendrán acción directa contra el asegurador para exigirle el cumplimiento de la obligación de indemnizar, sin perjuicio del derecho del asegurador a repetir contra el asegurado, en el caso de que sea debido a conducta dolosa de éste, el daño o perjuicio causado a tercero. La acción directa es inmune a las excepciones que puedan corresponder al asegurador contra el asegurado. El asegurador puede, no obstante, oponer la culpa exclusiva del perjudicado y las excepciones personales que tenga contra éste. A los efectos del ejercicio de la acción directa, el asegurado estará obligado a manifestar al tercero

perjudicado o a sus herederos la existencia del contrato de seguro y su contenido.” Vemos que esta disposición, que ya tiene años de aplicarse en España, puede considerarse rigurosa y peligrosa, en cualquier país en que proliferen la falta de honradez en los negocios; pero no la considero absurda ni inconstitucional; pues razones de orden público justifican una protección para las posibles víctimas de actividades peligrosas, lo que traería como consecuencia una limitación a la libertad de contratación, porque la disposición impide que la voluntad de las partes en este tipo de contratos sea la que fije la suma asegurada; pero no es contrario a precepto alguno de la Constitución.

La doctrina española ha criticado la redacción de su artículo 76, antes transcrito, pero no es unánime en señalar como perjudicial la inoponibilidad de las excepciones derivadas del contrato.

Garrigues, citado por Sánchez Calero, decía que el problema de las excepciones a la acción cambiaria era un problema de vida o muerte para ella y a la cita del mercantilista español añade otra de Seguela en el sentido de que “la justificación del régimen de las excepciones oponibles a los terceros es aún más delicado en el campo de los seguros que en el del derecho cambiario” y con palabras propias añade: “La delicadeza de la cuestión, no obstante, me parece que no se tuvo en cuenta por los redactores definitivos del artículo 76, que, como se reconoce generalmente, ha tenido como fruto un régimen particularmente confuso, que el intérprete se ve obligado a aclarar, en lo posible, sin olvidar los intereses en juego y los fines queridos por el legislador”

“Como justificación de estas dificultades, conviene aludir a las que aparecen desde dos perspectivas distintas. Por un lado, por la problemática de la configuración del derecho propio del tercero perjudicado, que tiene por objeto una prestación indemnizatoria de responsabilidad civil. Con el derecho del tercero se entrecruza, con mayor o menor intensidad, según la autonomía que le reconozca el ordenamiento jurídico, la relación jurídica que surge del contrato de seguro.”

La disposición comentada que repito, no considero inconstitucional, es una limitación al artículo 5º de la Constitución de la República que establece la garantía de libertad de trabajo y de comercio; pero dicha limitación se justifica por razones de orden público en beneficio de las posibles víctimas de quienes hacen uso de aparatos o sustancias peligrosas.

La disposición comentada, aunque peligrosa, tiene la ventaja, derivada del segundo párrafo del artículo 40 reformado de la L.S.C.S., ya que éste dispone que: “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.”

Por lo tanto, en caso de los seguros obligatorios la aseguradora no está obligada a otorgar plazo alguno para el pago de la prima, por lo que, por lo menos en este aspecto, podrá no asumir el riesgo hasta que esa prestación sea cumplida. Subsiste la posibilidad de que se den los demás supuestos previstos en el artículo 145 Bis y no pueda oponerlos como excepción al tercero perjudicado.

Contemplo también otro peligro consistente en que después de un siniestro se agote la suma asegurada y que se pretenda que se cubran posteriores siniestros, caso que debería ser resuelto expresa y claramente por el texto de la ley.

La enumeración de las excepciones no oponibles constituye un texto mejor al español, al que le ha criticado la doctrina de ese país y alguna sentencia del Tribunal

La evolución de la Institución del Seguro en México

Supremo la falta de claridad, al hablar genéricamente de excepciones no oponibles, lo que puede dar lugar a interpretaciones erróneas, ya que podrían tratar de incluirse en ellas las que técnicamente son defensas, como sería la falta de algunos elementos de la acción.

Seguramente dará lugar a dificultades, interpretaciones y situaciones injustas; pero el remedio sería la propuesta de algunas correcciones y mejoras a los textos ya vigentes.

De esta exposición seguramente pueden surgir temas que sirvan para ahondar en el estudio de estos nuevos textos y hagamos lo necesario para mejorarlos y evitar consecuencias negativas de los mismos.

CONCLUSIONES

De todo lo señalado en la tesis que se elabora se pueden destacar los siguientes puntos que considero que son los más importantes dentro de la evolución de Institución del Seguro, señalando a la Institución en un sentido amplio, mismos que a continuación indico:

En primer lugar queda claro que tal y como se planteó en un inicio la sociedad vive en un constante desarrollo y evolución, tratando de encontrar un equilibrio y superávit económico los gobiernos a través de estrategias internas y tratados internacionales , haciendo de este mundo un conjunto globalizado, se crea la necesidad de que la empresa aseguradora y las autoridades que regulan su ejercicio estén a la par de esos cambios para ofrecer mayor seguridad, credibilidad y certeza ante los asegurados. Es por ello importante resaltar los esfuerzos que tanto el gobierno como las Instituciones de Seguros han realizado en México, encaminados a lo siguiente:

Han surgido cambios en las leyes y reglamentos que rigen a la Institución del Seguro y su contrato, las cuales tuvieron por objeto la necesidad de adecuar el marco jurídico en materia de Seguros y Fianzas, tendiente a su modernización y fortalecimiento, a fin de proporcionar mayor seguridad al público usuario y lograr un sano desarrollo del sistema financiero, impulsando su mejor desarrollo, para que las instituciones de seguros y fianzas puedan acceder a fuentes alternas de capital, para lo cual se establece una adecuada regulación a fin de que estén en condiciones de emitir obligaciones subordinadas no convertibles en acciones, además de otros títulos de crédito así como realizar operaciones de reaseguro financiero y contratación de líneas de crédito, reformas que se complementan con las que recientemente han sido aprobadas.

Por otra parte se estableció la base jurídica para la adecuada dispersión en el uso de reaseguradoras y reafianzadoras, en estricto apego a los criterios en materia de asunción de riesgos, otorgándole al asegurado diversas opciones al permitir que dos o más instituciones nacionales o filiales de un mismo grupo, atiendan una misma operación o ramo en el caso de seguros o del mismo ramo, o subramo, tratándose de afianzadoras.

En materia corporativa, se uniforman respecto a otras instituciones financieras, los requisitos para obtener la autorización o el cambio de control accionario, así como la comprobación mediante visitas previas, de su capacidad instalada, así también se fortalece la estructura de la Institución de Seguros mediante la integración de sus consejos de administración cuidando que éstos se formen con el número adecuado que no podrá ser inferior a 5 ni mayor de 15, por un periodo no mayor de 5 años y con elementos de reconocida capacidad, incorporándose la figura de consejeros independientes y del contralor normativo. En este aspecto se elimina la necesaria ratificación de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas sobre los nombramientos que hagan las instituciones, y que sean estas últimas quienes asuman su responsabilidad en cuanto a estas decisiones.

La evolución de la Institución del Seguro en México

Las reformas a las Leyes traen como otra consecuencia positiva la profesionalización y especialización de las personas que rodean a la Institución de Seguros, otorgando una mayor independencia para actuar y crear nuevos productos en beneficio de los clientes, que en términos prácticos, en la actualidad la finalidad que se busca sigue en proceso de aprendizaje tanto para las autoridades como para la gente que se encuentra colaborando dentro de la empresa aseguradora.

En lo relativo a los ramos del seguros, se establece la especialización de seguros de vida, seguros de daños, seguros de salud, también conocidos como ISES (Instituciones de Seguros Especializadas en Salud)

En otro aspecto nos encontramos con la solución de conflictos en materia de seguros, donde se podría señalar que hasta el momento no se han concretado los esfuerzos que la autoridad y las empresas aseguradoras, donde el punto medular se encuentra en tener una justicia rápida, expedita e impartida por gente que tenga pleno conocimiento de la materia, puesto que la figura de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros no brinda la certeza y seguridad jurídica que buscan los usuarios y compañías de seguros, y en la medida que se den estos cambios, encontraremos la solución a los conflictos en materia de seguros en una forma adecuada.

Es claro que el seguro a nivel mundial se ha modernizado, transformándose en un complejo sistema, mediante la suscripción, operación y el reaseguro, volviéndose más competitivo en función de las necesidades del usuario y adaptándose a las tendencias internacionales de la materia.

Por otro lado, es importante señalar que el mercado de seguros mexicano adolece todavía de un bajo desarrollo, teniendo una penetración muy inferior a la de la seis economías más importantes de América Latina, situación que también se ve reflejada en el reaseguro, ya que existe una dependencia importante de los mercados más industrializados como los son los de los Estados Unidos de Norteamérica y Europa.

Por lo anteriormente señalado es importante que la Institución del Seguro en México con miras a este nuevo siglo , trabaje arduamente para competir en una economía que se encuentra en constante evolución, otorgándole a sus clientes mayores opciones de seguridad creando nuevos productos acordes a las demandas de nuestra época, así como un impulso conjunto entre las autoridades y la Institución para crear una cultura del seguro sobre la necesidad de proteger nuestro patrimonio y vida ante las eventualidades que puedan surgir.

BIBLIOGRAFIA Y MATERIAL DE APOYO

I.- LIBROS.

1.- Chicago Fundation American Bar. Legal Expose Insurance, the european experiance in financing legal services. 1975

2.-Palacios Bermudez, Roberto. Diccionario de la legislación en seguros, leyes positivos aplicables, resoluciones de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, jurisprudencia y doctrinas. México, Editorial Porrúa. 1990

3.-Marketing y Gestión Comercial de Seguros. Madrid, España, Editorial Mapfre 1996. (394 p)

4.-Primer Congreso Panamericano de Derecho de Seguros. Tercera sesión anual internacional del Consejo de la Presidencia de la A.I.D.A. , México, Editorial imprenta Casas, 1968.

5.-Delas José Maria. Estudio técnico y jurídico en Seguros. España, 1970.

6.-Historia, Presente y Futuro del Derecho de Seguros, México, Ediciones de la Sección mexicana de la A.I.D.A., 1987

7.- de Pina Vara, Rafael. Diccionario de Derecho, Editorial Porrúa, México 2000.

8.-Comité jurídico Swiss Re. Derecho de Seguros. Compendio de Responsabilidad Civil. Editorial Swiss Re. México, 2002.

9.- Gómez Lara, Cipriano. Teoría General del Proceso. Editorial Harla, México,1998.

10.-Sánchez Flores, Octavio Guillermo. La institución del Seguro en México. Editorial Porrúa, México 2000.

11.- Barrera Graf, Jorge. Tratado de derecho mercantil. Editorial Porrúa, México, 1957.

12.- Broseta Pont, Manuel. Manual de derecho Mercantil, Editorial Tecnos, Madrid, 1965.

13.- Díaz Bravo, Arturo. Contratos Mercantiles. Editorial Harla, México, 1998.

14.- F. Morandi, Juan Carlos. El riesgo en el contrato de seguro. Editora argentina, Argentina, 1990.

15.- Minzoni Consorti, Antonio. Memorias de los 50 años de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Ediciones de la CNSyF, México, 1996.

16.- Martínez Gil, José de Jesús. Manual teórico práctico de seguros. Editorial Porrúa, México, 1990.

- 17.- Ruiz Rueda, Luis. El Contrato de Seguro. Editorial Porrúa, México, 1978
- 18.- Serra Rojas, Andrés. Derecho Administrativo. Editorial Porrúa, México, 1998.
- 19.- Actualización en Seguros y Fianzas. Editado por la CNS y F. México 2001.
- 20.- Halperin, Isaac, Lecciones de Seguros, Buenos Aires, Ediciones De Palma. 1993
- 21.- Vásquez del Mercado, Oscar, Contratos Mercantiles, México, Ed. Porrúa, 1989

II.- REVISTAS

- 1.- Oliver Mirta N. Empresas de Transporte Público de pasajeros. Colegio de abogados de la Plata, Argentina, 1996.
- 2.- Picatto Angel Luis. Las cargas y caducidades en el Derecho de Seguros. Colegio de abogados de Cordova, Argentina, 1988.
- 3.- Barbato Nicolas H. La culpa grave del asegurado y su oponibilidad a terceros damnificados en el seguro de responsabilidad civil. Estudio de derecho comercial, Argentina 1986.
- 4.- Baker Tom. Constructing the insurance relationships. Texas Law, volumen 72. 1994
- 5.- Tamayo Jaramillo Javier. La acción directa en los contratos de Seguro de responsabilidad civil. Facultad de Ciencias de la U.P.B., Medellín, Colombia. 1997.
- 6.- El asegurador, México, 2002. Asociación Iberoamericana de prensa en seguros.

III.- LEYES.

- 1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 2.- Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
- 3.- Ley sobre el Contrato de Seguros.
- 4.- Ley de Navegación y Comercio Marítimo.
- 5.- Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
- 6.- Código de Comercio.
- 7.- Reglamentos del Seguro de Grupo.
- 8.- Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas.
- 9.- Reglamento del seguro de Grupo.

IV.- PAGINAS DE INTERNET.

- 1.- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.**
- 2.- Información Jurídica de la Universidad Nacional Autónoma de México.**
- 3.- MAPFRE.**
- 4.- Asociación Mexicana de Derecho en Seguros y Fianzas.**
- 5.- Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros.**
- 6.- Comisión Nacional en defensa del Usuario de los Servicios Financieros.**
- 7.- Suprema Corte de Justicia de la Nación.**