308409

UNIVERSIDAD LATINA, S.C.

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.

"LUX VIA SAPIENTIAS"
ESCUELA DE DERECHO
CAMPUS CENTRO

INDEMNIZACIÓN POR INCUMPLIMIENTO EN EL CONTRATO DE SEGURO EN CASO DE CONTROVERSIA JUDICIAL

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN DERECHO

P R E S E N T A:

MARIA DEL ROCIO NAVA CASTRO

ASESOR: LIC. ANTONIO VEGA ROJAS

MÉXICO, D.F. AÑO 2005.

0346465

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

C. LIC. ARTURO BELMONT MARTÍNEZ
DIRECTOR DE LA LICENCIATURA DE DERECHO
DE LA UNIVERSIDAD LATINA S.C.
CAMPUS CENTRO.
P R E S E N T E.

Por medio de la presente, hago de su conocimiento que la alumna **NAVA CASTRO MARÍA DEL ROCIO** con número de cuenta **95660071-0**, ha concluido satisfactoriamente bajo la asesoría del que suscribe, la investigación de Tesis Profesional intitulada **"INDEMNIZACIÓN POR INCUMPLIMIENTO EN EL CONTRATO DE SEGURO EN CASO DE CONTROVERSIA JUDICIAL",** que ha sido elaborada para sustentarla en el examen profesional de la Licenciatura en Derecho; por lo que me permito someterla a su distinguida consideración.

Lo anterior en virtud de que a parecer del suscrito tema desarrollado por la alumna, es novedoso y de importancia para el marco judicial, toda vez que actualmente nos enfrentamos a la problemática del incumplimiento generalizado de los contratos de seguros, ya que se ha perdido la finalidad de ayuda mutua y reciprocidad que caracterizan desde un inicio a ésta figura, esto por así convenirles a los propios intereses de las Compañías Aseguradoras, que con el fin de obtener un lucro, utilizan razones inapropiadas para denegar el pago de la suma asegurada.

Sin más por el momento y esperando se de trámite a la presente, aprovecho la oportunidad para hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo.

A T E N T A M E N T E
"LUX VIA SAPIENTAS"
Universidad Latina, D.F., a 8 de Marzo de 2005

LIC. ANTONIO MANUEL VEGA ROJAS
CATEDRÁTICO DE LA UNIVERSIDAD LATINA S.C.

México, D.F., a 29 de Marzo de 2005

C. LIC. ARTURO BELMONT MARTÍNEZ
DIRECTOR DE LA LICENCIATURA DE DERECHO
DE LA UNIVERSIDAD LATINA S.C.
CAMPUS CENTRO.
P R E S E N T E.

Por este medio hago de su conocimiento que la alumna **NAVA CASTRO MARÍA DEL ROCIO** con número de cuenta **95660071-0**, de la Licenciatura en Derecho concluyo satisfactoriamente la investigación de la tesis para obtener el título de Licenciada en Derecho a la que denomino **"INDEMNIZACIÓN POR INCUMPLIMIENTO EN EL CONTRATO DE SEGURO EN CASO DE CONTROVERSIA JUDICIAL"**, toda vez que la suscrita ha efectuado la "Segunda Revisión del citado trabajo, doy mi **VOTO APROBATORIO DE SEGUNDA REVISIÓN A LA TESIS DE REFERENCIA.**

La tesis de referencia reúne los elementos de forma requeridos por el Reglamento de Titulación de nuestra Universidad.

Asimismo, la estructura de la tesis cumple con la metodología solicitada para este tipo de investigaciones.

A T E N T A M E N T E

LIC. MARÍA DEL CARMEN CAMACHO HERNANDEZ
CATEDRÁTICA DE LA LICENCIATURA EN DERECHO

Este proyecto de investigación con el cual veo concluidos mis estudios de licenciatura se lo dedico a:

A Dios, por cada paso de mi vida, por cada logro, por el amor de mi familia porque al culminar este proyecto inicia para mi una nueva etapa en mi vida. Gracias Señor

A mis padres, **MARTHA ROCIO CASTRO MOYA** y **ENRIQUE NAVA JIMÉNEZ**, por haberme dado la vida, por su apoyo e impulsarme a salir adelante, por los principios y valores inculcados, por los momentos que hemos pasado juntos, desde que nací hasta la fecha; momentos que sin duda me dejaron algo, momentos que me formaron, que me hacen la mujer que soy, por los pleitos; de la escuela, de la casa, por mis modales, mismos que me enseñaron muchas cosas y sin los cuales tampoco seria la persona que ahora soy, pero sobre todo por ser mis padres, espero se sientan orgullosos de mi como yo lo estoy de ustedes y de este pequeño logro que es suyo. Gracias Mamá, Gracias Papá por su amor. Los AMO.

A mis hermanos **ENRIQUE y JOSÉ E. NAVA CASTRO**, por estar conmigo en cada momento bueno o malo, por los recuerdos, risas y algunos llantos, por las pequeñas discusiones que nos unieron aún más. Gracias por su apoyo incondicional, por su comprensión, por sus consejos, por ser mis mejores amigos y confidentes.

Con cariño y amor a mis sobrinos **ENRIQUE MAURICIO y JOSÉ ALEXIS NAVA CRUZ, ENRIQUE JAVIER, RICARDO IVÁN, y ALBERTO JAHIR. NAVA RODRÍGUEZ** Gracias angelitos hermosos por alegrar mi vida, con cada risa, gesto, y por cada momento vivido con ustedes, los Quiero Mucho.

Con amor y respeto a mis abuelas **ANGELINA MOYA PONCE** y **BEATRIZ JIMÉNEZ RODRÍGUEZ.**

A la memoria de mis queridos abuelos **ENRIQUE NAVA SANDOVAL** y **JESÚS CASTRO ESPINOZA**, con los gratos recuerdos de siempre.

A mi novio y amigo **AGUSTÍN QUETZALCOÁTL LUNA RUIZ**, a quien amo con todo mi corazón y que por su profunda entrega, amor y cariño me ha impulsado a ser cada vez mejor.

Al **LICENCIADO ANTONIO MANUEL VEGA ROJAS**, por su apoyo al elaborar este proyecto de investigación y por aceptar dirigirlo.

A mi casa de estudios la **UNIVERSIDAD LATINA S. C.**, por permitirme aprender en sus aulas el arte del derecho.

Págs.

INTRODUCCIÓN.....1

CAPITULO PRIMERO
HISTORIA DEL CONTRATO DE SEGURO

1.1 Mutualidad como comienzo del Seguro.....3

1.2 Antecedentes del Seguro hasta el Siglo.....4

1.3 Estudio del Contrato de Seguro del Siglo Siglo XVII.....7

1.4 Estudio del Contrato de Seguro a partir del XVII.....9

1.5 Estudio del Contrato de Seguro en diferentes Países del Mundo.....12
1.5.1 El contrato de Seguro en España.....12
1.5.2 El contrato de Seguro en Holanda.....16
1.5.3 El contrato de Seguro en Bélgica.....17
1.5.4 El contrato de Seguro en Suiza.....18
1.5.5 El contrato de Seguro en Alemania.....19
1.5.6 El contrato de Seguro en Francia.....22
1.5.7 El contrato de Seguro en Italia.....24
1.5.8 El contrato de Seguro en Inglaterra.....25

1.6 El Seguro en México.....26

CAPITULO SEGUNDO
DEFINICIÒN Y ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO

2.1 Concepto de Contrato.....36
2.1.1 Elementos del Contrato.....37
2.1.1.1 Elementos esenciales.....38
2.1.1.2 Sujeto activo y Sujeto Pasivo.....38
2.1.1.3 Objeto.....38
2.1.1.4 Consentimiento.....40
2.1.1.5 Forma.....41

2.1.2 Elementos de validez.....41
2.1.2.1 Error.....42
2.1.2.2 Dolo.....43
2.1.2.3 Mala fe.....43
2.1.2.4 Violencia.....43
2.1.2.5 Lesión.....44

2.1.3 Clasificación.....44

2.2 Concepto del Contrato de Seguro.....46

2.3 Elementos del Contrato de Seguro.....48
2.3.1 Elementos Esenciales.....48
2.3.1.1 Riesgo.....48
2.3.1.2 La prima.....53
2.3.1.3 La Garantía.....55
2.3.1.4 La Empresa Aseguradora.....56

2.3.2 Elementos Personales.....60
2.3.2.1 El Asegurado.....60
2.3.2.2 El Beneficiario.....62
2.3.2.3 El Tercero Dañado.....63

2.3.3 Elementos Materiales.....64
2.3.3.1 Interés Asegurable.....64
2.3.3.2 Suma Asegurada.....66
2.3.3.3.El siniestro.....67
2.3.3.4 La Indemnización.....67

2.4 Perfeccionamiento del contrato de Seguro.....69

2.5 Anexo.....72
2.5.1 Diferencia entre fianza y seguro.....72
2.5.2 Concepto de la fianza de empresa.....72
2.5.3 Clasificación de la Fianza Mercantil.....73
2.5.4 Cuadro de diferencia entre fianza civil y fianza de empresa.....74

CAPITULO TERCERO
PROCEDIMIENTO EN LA SOLUCIÒN DE CONFLICTOS EN MATERIA DE SEGUROS

3.1 Reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.....75
3.1.1 La Queja.....76
3.1.2 La Reclamación.....77
3.1.3 Junta de Conciliación.....78
3.1.4 Juicio Arbitral.....91

3.2 Procedimientos ante los Tribunales.....93
3.2.1 Juicio Ordinario.....94
3.2.2 Ejecución de Sentencia.....96

CAPITULO CUARTO
INDEMNIZACIÒN POR INCUMPLIMIENTO EN EL CONTRATO DE SEGURO EN CASO DE CONTROVERSIA JUDICIAL

4 Indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial... 98

4.1 La Reserva....100
4.1.1 Definición y tipos de Reserva 100
4.1.2 Constitución de la Reserva....103
4.1.3 Cancelación de la Reserva....113

4.2 Diferencia con la indemnización por Mora 114

4.3 Diferencia con los Daños y Perjuicios....120

4.4 Diferencia con la Pena Convencional....125

4.5 Pérdida de la finalidad del Contrato de Seguro 127

4.6 Reformas que se proponen....128

CONCLUSIONES....136

GLOSARIO....139

BIBLIOGRAFÍA....142

APÉNDICE

INTRODUCCIÒN

Es nuestro país, un lugar donde la complejidad del "seguro" genera innumerables puntos de confusión, de los que se aprovechan las Compañías Aseguradoras para evitar cumplir con las obligaciones contraídas con los asegurados, es necesario hacer un esfuerzo para que a los mismos les sean protegidos sus derechos, garantizándoles el cumplimiento de lo estipulado en el contrato de la materia.

Actualmente nos enfrentamos a la problemática del incumplimiento generalizado de los contratos de seguros, ya que se ha perdido la finalidad de ayuda mutua y reciprocidad que caracterizaban desde un inicio a ésta figura, esto por así convenirles a los propios intereses de las Compañías Aseguradoras, que con el fin de obtener un lucro, utilizan razones inapropiadas para denegar el pago de la suma asegurada.

Esta es la principal razón por la que iniciamos este estudio de investigación. El buscar que se cumple con la finalidad de ayuda mutua y cooperación de las personas a efecto de crear una defensa o garantía contra ciertos riesgos que amenazan la vida, salud y patrimonio de los asociados, otorgando mayor seguridad jurídica a los contratantes.

En esta propuesta abordamos la posibilidad de la existencia de una indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial, a fin de sancionar a las Compañías de Seguros que no cumplan con el contrato mismo, y que a consecuencia de ello el asegurado, se vea en la necesidad de recurrir a la autoridad judicial para dirimir la controversia, lo anterior con el propósito de otorgar mayor seguridad jurídica a los contratantes.

Para arribar a esta propuesta la historia del contrato de seguro, estudiaremos varios conceptos, veremos la solución de conflictos en materia de seguros y diferenciaremos la indemnización propuesta con otros conceptos, para poder allegarnos de elementos que justifiquen esta propuesta.

La única intención de este trabajo es sembrar la inquietud de buscar recuperar la finalidad de ayuda mutua que tenia el contrato de seguro y poner un alto a los abusos de los que son objeto los asegurados otorgándoles mayor seguridad jurídica.

CAPITULO PRIMERO

CAPITULO PRIMERO
HISTORIA DEL CONTRATO DE SEGURO

1.1 La Mutualidad como comienzo del Seguro

Se ha considerado que el *seguro* nació con el comercio, ya que al transportar mercancías de un lado a otro, éstas se exponían a peligros como los hundimientos, la piratería, los robos o el extravío, lo que generaba grandes perdidas para los propietarios, obligándolos a unirse a traves de mutualidades a fin de disminuir los riesgos a que se exponían, creando asi fondos compuestos por las aportaciones de los integrantes de ese grupo para enfrentar y protegerse de las pérdidas.

La mutualidad nace con la humanidad pues la tribu, la horda y la familia ya la realizaban. Aparece en el Oriente, India, Persia, Palestina, Fenicia, Egipto y se perfecciona en Roma.

Su origen se encuentra en la cooperación de las personas, ya que tienen "la finalidad de crear una defensa o garantía contra ciertos riesgos que amenazan la vida o la salud de los asociados. Es una asociación basada en la reciprocidad de los miembros que la integran. (1)

"En un principio, como no conocían el número de siniestros que ocurrirían durante un plazo determinado, los miembros del grupo distribuían las pérdidas generadas en ese lapso de tiempo, al conocer a cuánto ascendía la pérdida total de las mercancías, debiendo prorratearse (cubrirse) dichas pérdidas entre todos los mutualizados, lo que determinaba el monto de la cotización individual. Posteriormente, gracias a cálculos de las Probabilidades o la Ley de los Grandes Números, se logró conocer con aproximación el número de siniestros, víctimas y daños que se pudieran causar, lo que permitió que los mutualizados conocieran y

(1) Martínez Gil. José de Jesús. Manual Teórico y Práctico de Seguros. Tercera edición, Edit. Porrúa. México. 1995. p. 265

pagaran su contribución o cuota correspondiente a la duración de su convenio desde su inicio. Con lo cual la mutualidad deja de ser una distribución de pérdidas para controvertirse en una distribución de riesgos." (2)

Para el profesor Sánchez Flores, la sociedad mutualista "es la entidad aseguradora constituida por la asociación de personas que se reparten entre sí los riesgos que individualmente les corresponden, fijando las cantidades con que cada una de ellas habrá de contribuir al resarcimiento de los daños o pérdidas individuales o colectivas"(3)

Por otro lado, para el autor Luis Ruiz Rueda la organización de las mutualidades era a través de un "procedimiento económico que hace frente a las consecuencia de que el riesgo (la eventualidad dañosa) se convierta en realidad y con ello que sufra la pérdida o daño. Este procedimiento económico llamado mutualidad, consiste en repartir entre un gran número de personas expuestas a un riesgo de la misma especie, las pérdidas o daños que sufran algunos cuantos para quienes se realicen".(4)

1.2 Antecedentes del Seguro hasta el siglo XIV

Al aseverar que el seguro nace con el comercio, podemos decir que los antecedentes más remotos del contrato de seguro los encontramos en el Código de Hammurabi, el famoso cuerpo legal del Imperio Babilónico, mismo que data de los años 2250 A.C., ya que como lo establece Antonio Brunetti en su obra *Derecho Marítimo Privado italiano,* "...Era Babilonia, en aquellos tiempos, una país industrial cuyos productos se vendían más allá de sus fronteras. Las caravanas que los llevaban, traían en retorno, materias primas de las que el imperio carecía. El

(2) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús. El Contrato de Seguro Privado. Edit. Porrúa. México, 2000. p.2
(3) Idem
(4) Ruiz Rueda Luis. El Contrato de Seguro. Edit. Porrúa. México, 1978, p.5

encargado de este tráfico no era nunca el mismo dueño de las mercaderías, sino una especie de buhonero, a quien se llamaba dàrmatha y que respondía del valor de los efectos que se le confiaban para la venta con su persona y las de su familia, y con sus propiedades en la ciudad, en el campo, en el camino o en depósito." (5)

La inseguridad en los caminos era tan grande que el número de personas que adoptaban esta profesión era cada vez menor, pero el país necesitaba que su tráfico exterior creciera, razón por la cual se buscó la forma de atajar el mal, y se creó un contrato que es fundamentalmente un seguro. El dueño de las mercaderías recibía del dàrmatha un inventario, debidamente sellado, en el que se detallaba la cantidad, la calidad y el valor de los bienes que sobre su negociación se reservaba el propietario. Se pactaba expresamente que si los bienes eran destruidos o robados sin culpa ni conveniencia del dàrmatha, éste quedaba exento de toda responsabilidad.

Por el desempeño de sus actividades como comerciantes terrestres y marítimos, los asirios, persas y hebreos, fueron los primeros que pusieron las bases para el seguro.

Sin embargo, "es el préstamo a la gruesa, una de las especulaciones que más se asemeja a lo que en la época actual es el seguro, un contrato por el cual una persona prestaba determinada cantidad sobre un bien expuesto a un riesgo (navío o mercancías en viaje). Por el préstamo de este servicio se cobraba un interés muy elevado, fundamentando que podría ocurrir un siniestro y en ese momento el prestado perdería la cantidad suministrada. El origen del préstamo se dio entre las civilizaciones fenicias y la griega del siglo V".(6)

(5) Brunetti Antonio, Derecho Marítimo Privado Italiano. Tomo 1. Edit. Bosch, Barcelona, 1950, p. 195 y ss
(6) Cervantes Ahumada Raúl, Derecho Marítimo, Edit. Herrero, México, 1970, p. 643

Por otra parte, "el préstamo a cambio marítimo "Foenus Nauticum", se desarrolló en Grecia, por la necesidad de propiciar capitales a las empresas marítimas, y consistía en un financiamiento de interés elevado, del 24 y 30%, que provocaba codicias." (7)

"Entre las leyes de Rodas, figuraban las relativas a las obligaciones recíprocas de los cargadores a contribuir a la indemnización de los perjuicios causados por tempestad o por rescate del buque apresado por piratas; regula a la par la avería común y el seguro mutuo. Los propietarios de los buques, en ocasiones, iban a bordo, por lo que idearon asegurarse mutuamente." (8)

Estos principios sentaron las bases del seguro, difundidos por los pueblos de la antigüedad debido al comercio, a la guerra a las relaciones que mantenían los pueblos y es así como el préstamo a la gruesa atravesó el Mediterráneo y pasó de las culturas helénicas a Roma, donde se le conoce como "Nauticus Foenus". "Consistía en que el propietario o armador de una nave tomaba a préstamo una suma igual al valor de las mercancías transportadas, con la salvedad de feliz arribo a puerto, el que había otorgado el préstamo se hacía acreedor a percibir, además del capital, un interés que se llamó el precio de riesgo "Peretinue Perculi", Pero en caso contrario el prestador perdía su dinero." (9)

Esta figura jurídica era todo lo contrario al seguro, pues se trataba de una operación de crédito en la que el prestamista corría el riesgo de perder, en caso de naufragio, la suma prestada, había por otro lado, una entrega anticipada de la indemnización, en cambio el seguro es una promesa de indemnización. Además, se pagaba la prima condicionada por el siniestro en el momento de la restitución de la cantidad prestada, y el interés estipulado no se determinaba por las probabilidades

(7) Brunetti. Op. CIT., p. 84
(8) Cervantes Ahumada. Op. Cit. P.10 y ss
(9) Cervantes Ahumada Op. Cit. P.643

de realización del riesgo.

A partir de la edad media empezó la evolución del seguro, especialmente el seguro marítimo a raíz de la prohibición que el derecho canónico hizo del préstamo a la gruesa. "En el año 1234, una decretal del Papa Gregorio IX, condenó el préstamo a la gruesa, ya que los prestamistas abusando en la usura llegaban a cobrar altísimos intereses, si la nave llegaba con buen éxito al puerto del destino." (10)

1.3 Estudio del Contrato de Seguro del Siglo XIV al Siglo XVII

"Desde los albores del siglo XIV al siglo XVII, el seguro a base de prima era solamente el seguro marítimo." (11)

De documentos existentes, se desprende que "el primer contrato de seguro a prima, tuvo su origen en Italia en la primera mitad del siglo XIV, siendo a partir de esa época que se encuentran una gran cantidad de legislaciones que estructuran y sientan las bases del contrato de seguro marítimo. Es en Italia precisamente en donde por primera vez se utiliza la palabra Asseguramentum en el decreto de 1309 que dictara el Duque de Génova."(12)

"El seguro penetró en la Península Ibérica, entre los años 1367 y 1383. Durante el reinado del Rey Don Fernando de Portugal, fue implantado un seguro obligatorio que afectaba a los propietarios de navíos de más de 50 toneladas, el cual era patrocinado por el estado." (13)

(10) Cervantes Ahumada, Op. Cit. p. 663
(11) Donati Antigono, Historia, Presente y Futuro del Derecho de Seguros, Edit. Ediciones de Sección Mexicana de la Asociación Internacional de Derecho de Seguros, México, 1967, p.8
(12) Brunetti, Op. Cit., p.19 y ss
(13) Idem

En Barcelona, bajo la forma de ordenanza, se dictaron en 1453, las primeras reglamentaciones legales en materia de seguros marítimos, esto dio origen a que durante algún tiempo se considerara que la cuna del seguro había sido en Barcelona. En los primeros contratos de seguro, celebrados tanto en Portugal como en España, se halla la participación de empresas italianas.

"En la ciudad de Florencia se publicaron unas resoluciones el 13 de marzo de 1522, en las que figuraban algunas formulas para la redacción de la póliza. En otros estatutos sobre seguros, aparecidos en 1523, se fija una determinada forma para las pólizas, similar a las que en la actualidad se usan. También se tiene noticias que en dicha ciudad, en 1528, existían corporaciones con sus correspondientes magistrados, constituidos por aseguradores. Dichas entidades tenían por objeto velar por los intereses que afectan a sus asociados, señalaban las cláusulas de las pólizas y el importe máximo de las primas, elegían corredores que inspeccionaban los trabajos." (14)

"La cédula real del 22 de junio de 1511 hizo extensivas las ordenanzas de la ciudad de Burgos a los comerciantes y mercaderes de la Villa de Bilbao, y por ellas se rigieron hasta la extensión de su comercio. Las dudas que frecuentemente se presentaban hicieron necesarias la creación de ordenanzas especiales para esa plaza, las cuales fueron publicadas y mandadas ejecutar por cédula del 2 de diciembre de 1731. Así nacieron las "Ordenanzas de Bilbao".

Estas Ordenanzas fueron la única legislación mercantil que se acató en la mayor parte del reino español hasta la publicación del Código de Comercio, verificada por la Real Cédula del 30 de mayo de 1829, traspasó las fronteras para ser observada en colonias españolas de América, y en las repúblicas hispano americanas." (15)

(14) Idem
(15) Idem

Falta página

N° 9

Desde que aparecen las primeras empresas colectivas de seguro, el asegurador individual es desplazado, las sociedades dotadas de grandes capitales y de una mejor organización pueden abarcar un mayor número de contratos y asumir más riesgos, lo que les permite formar un sólido fondo de primas, que no sólo ofrece garantía de solvencia a sus aseguradores, sino que también su enorme volumen de negocios permite reducir considerablemente las tantas de las primas.

Todas las compañías operaban simultaneamente en las ramas del seguro marítimo, de incendio y de vida, e introdujeron un método sistemático de clasificación de los riesgos de incendio.

Después de la pausa de la revolución francesa, "el siglo XIX se distingue plenamente por la ampliación de los ramos de seguro, el progreso de la tecnología en todos los aspecto (ferrocarril, fábricas, industrias) modifica el desarrollo de las actividades del hombre, acarrea mayores riesgos y suscita nuevas necesidades. Todo esto favorece la expansión del seguro, y es así como van apareciendo diversas ramas del mismo, como el seguro de robo, el de crédito, los seguros de accidentes personales y de responsabilidad. Nacen, por la explosión de los problemas sociales, unos nuevos seguros para proteger a las personas de hechos o situaciones distintas a las que se conocían, estos seguros sociales, nacen primero en el ramo de accidentes personales, después poco a poco en el de enfermedades, de invalidez, de vejez, de desocupación, etc., primero surgen sobre el tronco del contrato de seguro con el deber legal de contratar y después poco a poco con aseguradoras públicas." (18)

Al aparecer las demás ramas del seguro, éstas fueron reglamentadas en una forma más precisa y exacta por contar con las bases establecidas en los seguros anteriores. A fines del siglo XIX se encuentran diferentes tipos de contratos de

(18) Idem

seguros, perfectamente definidos y una legislación que junto con las decisiones jurisprudenciales, modela los últimos perfiles de esa institución jurídica.

En el siglo XX el ritmo del seguro privado se torna cada vez más veloz junto al surgimiento de nuevos ramos, como el seguro aéreo, el de automóviles, y crecimiento del seguro social.

Los recursos principales que cubrieron la laguna legal existente en los seguros terrestres, fueron los acuerdos de las partes que estipulados en las condiciones de las pólizas modelaron los contratos al tenor de las necesidades, así como las normas que la jurisprudencia iba sentando en la interpretación de aquellos convenios.

Así pues, el tratadista Antigono Donati, establece que "entre las aportaciones decisivas en esta época, se encuentra la legislación de la "*Mittle Europa*" en Alemania, Suiza y Austria, consistente en una ley de control sobre la empresa de seguro, y una ley especial y minuciosa sobre el contrato de seguro terrestre. De igual forma, contempla además de normas imperativas absolutas, normas imperativas relativas, derogables solamente a favor del asegurado (Ley Alemana 1908, Ley Suiza 1908 y Ley Austriaca 1914). Por esta vía se encaminan en la primera posguerra, numerosos países empezando por los Estados Escandinavos (1926-1928) y por Francia (Ley de 1930 sobre el Contrato de Seguro), para terminar en Italia (Real Decreto Ley de 1923)."(19)

El Código de Comercio Holandés de 1838, fue el primero que reguló el seguro de vida en forma somera, dejando las condiciones del contrato a la voluntad de las partes; el Código Civil Peruano de 1852, y los Códigos Mercantiles de Argentina 1862, Chiles 1867, México 1889 y Rumania 1887, contenían disposiciones relativas a los seguros terrestres.

(19) Donati Antigono, Op. Cit. p. 198 y ss.

1.5 Estudio del Contrato de Seguro en diferentes países del Mundo

En este apartado realizaremos un pequeño estudio de la historia del contrato de seguro en diferentes países del mundo, a fin de tener una visión más amplia del desarrollo que ha tenido éste a lo largo de los años.

1.5.1 España

El 22 de junio de 1511, se hicieron extensivas las Ordenanzas de la Ciudad de Burgos a los comerciantes y mercaderes de la villa de Bilbao, y por ellas se rigieron hasta que la extensión de su comercio hicieron necesarias unas ordenanzas especiales, las cuales fueron publicadas en diciembre de 1731. De esta forma nació el Código conocido como *Ordenanzas de Bilbao*, mismas que desde su publicación adquirieron gran importancia ya que constituyeron la legislación mercantil que se observó en la mayor parte del Reino, hasta la publicación del Código de Comercio de 1829.

Estas ordenanzas se dictaron para "aclarar las dudas y confusiones que se padecían, para evitar pleitos y discordia entre los comerciantes y precaver en lo posible las dilaciones y daños que los pleitos originaban", y para "que los tratantes y navegantes se mantuvieran en paz y justicia, desviando en lo posible dudas, diferencias y pleitos".(20)

Estas Ordenanzas comprenden 29 capítulos, de entre los cuales el capítulo 22 trata de seguros, sus pólizas y la forma de llevarlos a cabo, por tanto, para autores como José María de Delas y Félix Benítez Lugo, estas ordenanzas fueron la base para todos los pueblos para poder sistematizar su legislación sobre el seguro marítimo.

(20) De Delas, Josè Maria y Fèlix Benitez de Lugo, Estudio Tècnico y Juridico de Seguros, El Contrato de Seguros contra Incendios, primer tomo. Edit. Muntaner, Barcelona, 1914, p. 24 y 25

"Don Pedro Sàinz de Andino, redactó un proyecto de Código de Comercio que aceptado por Fernando VII, fue promulgado por Cédula Real el 30 de mayo de 1829, empezando a regir el primero de enero de 1930. En el título 8° del libro II de este Código, se regularon los seguros de conducciones terrestres, y en el título 3° del libro III, se desarrolló todo lo relativo a los seguros marítimos."(21)

Por lo que se refiere al seguro terrestre, el Código de Comercio antes mencionado, establecía en sus artículos 417, 418 y 840 que "podían asegurarse los efectos que se transportaban por tierra, recibiendo de su cuenta el mismo conductor o un tercero los daños que en ellos podían sobrevenir. El contrato de seguro terrestre debía reducirse a póliza escrita, que podía ser solemne, otorgándose ante Escribano o Corredor, o `privada entre los contratantes, en cuyo segundo caso debían formarse necesariamente ejemplares de un mismo tenor para el asegurador y el asegurado."(22)

"Las pólizas privadas no se consideraban ejecutivas sin que constase previamente la legitimidad de las firmas de los contratantes, por reconocimiento judicial u otro modo de pruebas legales. Tanto en el caso de otorgarse solemnemente las pólizas de seguros terrestres como en el de hacerse en contrato privado, debían contener las circunstancias que en el propio código se determinaban."(23)

"El seguro no podía contraerse sino a favor de legítimo dueño de los efectos que se aseguraban o de personas que tuvieran un derecho sobre ellos. Si en las pólizas de seguro no se especificaban los riesgos que ellas cubrían, se entendía que el contrato comprendía todos los daños que llegaran a ocurrir en los efectos asegurados."(24)

(21) De Delas, Josè Maria y Fèlix Benitez de Lugo. Op. Cit. p. 26 y 27
(22) Idem
(23) De Delas, Josè Maria y Fèlix Benitez de Lugo, Op. Cit. p. 28 y ss.
(24) Idem

Como se ve, este Código de comercio sólo tuvo presente los seguros de conducciones terrestres, porque estos eran los únicos conocidos en España en la época de su promulgación. "Los seguros contra incendio, sobre cosechas, animales y sobre la vida, penetraron en España con el impulso de sociedades o compañías extranjeras, que extendieron sus operaciones por toda la Península, estimulando y fomentando la creación de sociedades españolas, las cuales pronto adquirieron gran desarrollo." (25)

El contrato de seguro marítimo, se encontraba igualmente en el Código de Comercio, y en él se prohibía: "asegurar el flete del cargamento existente a bordo, las ganancia calculadas y no realizadas sobre el mismo cargamento, las cantidades tomadas a la gruesa, los premios de los préstamos hechos a riesgo marítimo, y el total del valor de los efectos pertenecientes al capitán o al cargador que vaya a bordo"(26); prohibiciones todas estas que han desaparecido del código vigente, en el cual se amplía la esfera de acción del individuo en todo lo relativo al contrato de seguro marítimo, permitiendo que se celebre sobre todo lo que sea materia de transacción mercantil sujeta al riesgo de la navegación y cuyo valor pueda fijarse de una manera determinada.

"El código de 1829 no determinaba en qué casos ni en qué circunstancias el buque podía ser objeto de seguro, ya que no establecía si podía serlo hallándose en lastre o cargado, anclado en el puerto o en viaje."(27)

"El código antiguo equiparaba la pérdida de las cosas aseguradas al menoscabo que éstas sufren, siempre que disminuyeran en tres cuartas partes el valor de las mismas; pero al tratar del menoscabo que hace inservible o deja inhabilitado un buque para navegar, no fija regla alguna, dando lugar a una gran

(25) Idem
(26) De Delas, Josè Maria y Fèlix Bènitez de Lugo, Op. Cit. p. 30
(27)Idem

incertidumbre, que procuraron esclarecer los usos y costumbres de cada lugar, hasta que fue promulgado el nuevo Código." (28)

Este código incurrió en otra omisión al no fijar el plazo dentro del cual se debía pagar el importe del seguro, cuando no se hubiere fijado en la póliza. Todos estos defectos y omisiones que se observaban en el Código en comento, fueron subsanados en el Código de 1885, en el que también se encuentran disposiciones del código anterior y que forman parte del derecho vigente. A pesar de todas las omisiones que contenía el código de 1829, cabe hacer notar que dicho ordenamiento era "mucho más perfecto que todos lo que habían salido a la luz."(29)

Cabe señalar que estos contratos de seguros carecían de una norma jurídica específica que les pudiera ser aplicable, por tanto los derechos y obligaciones que de ellos derivaban sólo eran protegidos por la Autoridad en términos de los dispuesto por el Código de Comercio de 1829.

Esta "falta de reglamentación por parte del legislador, fue una de las principales causas por las que cerraron algunas de las Sociedades de seguros, especialmente las sociedades sobre seguros de vida, ya que las mismas, causaron la ruina de innumerables familias y el descrédito general de dichas instituciones. Hechos todos estos, que demostraron la urgente necesidad de crear una legislación positiva que fijase los derechos y obligaciones de los que contrataban las diversas especies de seguros terrestres."(30)

El código de 1885 constituyó un verdadero progreso con relación al antiguo código, por lo que al seguro se refiere, pues establecía los principios jurídicos por los que deben regirse los contratos de seguros terrestres en general y particularmente los seguros contra incendios y sobre la vida. "Posteriormente, para satisfacer la

(28) Idem
(29) Idem
(30) Idem

la necesidad de que el Estado ejerciera una acción tutelar más intensa y eficaz, sobre los intereses de los asegurados, estableciendo una estrecha vigilancia y una prudente garantía de las operaciones de las Empresas aseguradoras, se promulgó la Ley del 14 de mayo de 1908, referente a los Contratos de Seguro, en la que se subsanan las omisiones contenidas en los Código de Comercio anteriores."(31)

Posteriormente, es la "Ley 50 del 8 de octubre de 1980, la que dispone la nueva reglamentación, sobre el Contrato de Seguro, misma que entro en vigor el 17 de abril de 1981, y que substituye la doble normatividad del contrato de seguro, contenida en el Código Civil y en el Código de Comercio."(32)

1.5.2 Holanda

En el derecho Holandés, el contrato de seguro aparece regulado por el Código de Comercio de 1838. "Este Código es considerado como un código liberal en el que se respeta al máximo de un modo general la voluntad de los sujetos que intervienen en los distintos negocios jurídicos. La autonomía de la voluntad es el dogma fundamental que prevalece en la regulación de los contratos y especialmente en el contrato de seguro, puesto que, dada la insuficiencia de los preceptos legales en múltiples aspectos que se refieren a éste, el seguro habrá de regirse por las estipulaciones contractuales establecidas en las pólizas siempre que las mismas no atenten contra los principios generales recogidos en el código, de tal forma que resta regulación es eminentemente contractual, y tan sólo en algunos casos aislados y excepcionales es una serie de normas que revisten carácter imperativos."(33)

En ese Código de Comercio, se establece que el asegurador no queda obligado a pagar la indemnización correspondiente cuando el siniestro es imputable

(31) Jaramillo J. Carlos Ignacio, La Estructura de la Forma en el Contrato de Seguro en la Legislación Nacional y Comparada, Edit. Temis, Bogotá Colombia, 1986, p. 26
(32) Idem
(33) Alonso Soto, Ricardo El Seguro de la Culpa, Edit. Montecorvo, Madrid, 1977. P. 157

a una culpa personal del asegurado. "Esta disposición legal que respondía al principio doctrinal según el cual era imposible que una persona pudiera exonerarse de las consecuencia que se derivan de sus propias actuaciones, resulta atenuada por las condiciones de las pólizas, que tomando como base la imperatividad del Código de Comercio, permiten la cobertura de los siniestros debidos a culpa del asegurado."(34)

"Esta regla, aunque se refiere tan sólo al seguro de incendios, es de considerarse como disposición de carácter general por ser normalmente esta modalidad de seguro el paradigma de los seguros de daños."(35)

1.5.3 Bèlgica

"La regulación de los seguros en Bélgica se encuentra recogida en la Ley del 11 de junio de 1874. Esta es una regulación en cierto modo anticuada para servir a las nuevas modalidades impuestas por la práctica del seguro. El problema que produce el hecho de encontrarse con una norma antigua a la que obligatoriamente han de remitirse las condiciones generales de los contratos, ha tratado de ser corregido mediante diversos proyectos de reforma de Ley de 1874."(36)

Unos años antes de la Segunda guerra mundial, se nombró al Profesor Van Dievoet como comisario encargado de la reforma de la Ley del Seguro Privado. Este profesor presentó en 1938 un proyecto inspirado en la Ley Francesa de 1930, que por vicisitudes de la guerra no pudo ser adoptado. En el año de 1962 se nombró una Comisión para la redacción de un nuevo proyecto.

"Esta Ley se caracteriza principalmente por su carácter liberal, inspirado en el dogma de la autonomía de la voluntad, y por ser una de las primeras leyes que

(34) Idem
(35) Idem
(36) Ricardo Alonso Soto, Op. Cit. p. 159

presta atención a las disposiciones generales, además de que brinda un sistema ordenado en lo que al contrato de seguro se refiere."(37)

En el seguro de incendio se considera que serán asegurables los daños sobrevenidos a los objetos asegurados como consecuencia de un incendio, siempre que no sean debidos a un hecho o falta grave imputable al asegurado. En los seguros de vida, el asegurador no responde de la muerte del asegurado si ésta se produce por una condena judicial, un duelo o un suicidio.

1.5.4 Suiza

"Hasta principios del siglo XIX fue desconocido el seguro en Suiza, en el sentido moderno de esta palabra, pues no pueden considerarse como tales las pequeñas instituciones de beneficencia *Gildes*, que desde la antigüedad existían, porque si bien los miembros de estas asociaciones se aseguraban mutuamente contra los accidentes de todas clases, sus recursos estaban constituidos por donaciones de sus miembros, que cada uno ofrecía según sus medios, con lo cual en la medida de lo posible, se auxiliaba al que tuviese necesidad de ellos."(38)

"Como en Alemania se practicaban exitosamente los contratos de seguro, en Suiza, al comienzo el siglo XIX, imitaron el ejemplo de aquella nación. Fue punto de partida el proyecto presentado en 1765 a la municipalidad de Zurich, acerca del seguro sobre edificios, y como caja privada sometida a la vigilancia de la autoridad. Este proyecto fracasó, como otros formulados en la época, hasta el 6 de marzo de 1782 fueron aprobados los estatutos de una caja privada, dirigida gratuitamente por personas nombradas por el Consejo."(39)

(37) Idem
(38) De Delas Josè Maria y Fèliz Benitez de Lugo. Op. Cit. p. 43 y 44
(39) Idem

Posteriormente hacia una tendencia unificadora podemos citar el proyecto del Código de Comercio federal de 1864 que incluia un título dedicado a los seguros, y el proyecto de Código Federal de las Obligaciones de 1872, que recogía también diversas normas sobre el seguro.

En el decreto Suizo, el contrato de seguro está regulado por la Ley del 2 de abril de 1908, la cual es considerada como una de las primas leyes modernas que han configurado de modo decisivo la normatividad del seguro en nuestra época. Con la promulgación de ésta Ley, se cierra un largo proceso de unificación de las diversas normas regionales.

"La ley de 1908, se caracteriza en primer lugar por abarcar toda la materia jurídica relativa al contrato de seguro privado incluido el seguro marítimo; en segundo lugar, pone mucha atención a las disposiciones comunes o generales aplicables a las distintas modalidades de seguro. El título primero contempla las disposiciones comunes a todos los seguros, al igual que en los siguientes títulos en los que también se comprenden diversas normas generales para los seguros de daños y para los seguros de personas, destacando por tanto la ausencia de normas relativas a las modalidades concretas o ramos de seguros. Finalmente, el título cuarto de la ley recoge de un lado los preceptos que son imperativos e inderogables, y por el otro, aquellos que si bien son dispositivos, no pueden ser alterados en perjuicio del contratante o del beneficiario. Esta normatividad motiva que el carácter dispositivo del derecho de seguros resulte atenuado en gran medida, pues la libertad contractual se ve anulada en múltiples ocasiones por las disposiciones legales."(40)

1.5.5 Alemania

En esta nación nos encontramos en los primeros tiempos del seguro con tres clases de instituciones: Cajas públicas, Sociedades mutuas y Compañías por acciones.

(40) Alonso Soto Ricardo Op. Cit. p. 171

"La primera gran empresa de seguros fue una institución comunal, que en 1591 funcionaba en la ciudad de Hamburgo bajo el nombre de *Contrato del fuego*. En 1676, funcionaban en el interior de esta ciudad 46 cajas para incendios, las cuales se fusionaron y crearon un establecimiento central. Durante mucho tiempo, el seguro de incendio fue monopolizado por las cajas oficiales, más tarde este monopolio fue suprimido y apareció la iniciativa privada, fundando empresas de seguros que operaban en concurrencia con las cajas oficiales, presentándose ya con carácter de mutualidades o como empresas de Sociedades por acciones."(41)

"El 18 de septiembre de 1861, se dicto una ley que puso fin al monopolio que ejercían las Cajas oficiales, al menos en los territorios donde el seguro de incendio no tenía carácter de obligatorio. Antes de ella ya se registraban sociedades por acciones y Sociedades mutuas dedicadas al seguro toda vez que el seguro oficial no aseguraba más que los inmuebles y nunca los riesgos peligrosos, de lo que se colige que desde el año de 1821, la iniciativa privada se ocupaba en los negocios de seguros."(42)

"En Prusia, el gobierno en la segunda mitad del siglo XVIII, introdujo el seguro mobiliario, concediendo a la compañía de seguro marítimo de Berlín, el privilegio exclusivo de aceptar los seguros mobiliarios en toda la extensión del territorio de la monarquía, pero la Compañía fue disuelta en 1791 y el seguro mobiliario fue abandonado a las compañías extranjeras, particularmente a las compañías inglesas y francesas."(43)

"En cuanto al seguro mutuo en esta nación, se pueden citar las instituciones conocidas con el nombre de *Brangilden*, que eran asociaciones locales, con carácter fraternal, siendo durante mucho tiempo muy poco extenso el círculo de su acción, toda vez que estas sociedades mutuas no podían asegurar más que los objetos no

(41) De Delas Josè Maria y Fèlix Bènitez de Lugo. Op. Cit. p. 44 y 45, 47 y 48
(42) Idem
(43) Idem

comprendidos en el seguro oficial o que o estuviesen en los territorios donde el monopolio era ejercido." (44)

Hasta la Ley Federal del 1° de enero de 1902 sobre vigilancia de sociedades de seguros en el Imperio Alemán, "las leyes de los diversos estados alemanes regulaban esta materia de derecho público, aplicando cada uno de estos Estados a las sociedades de seguros, un regimen diferente. Es más, dentro de un mismo Estado podían variar las legislaciones, según que la empresa estuviese fundada en el mismo territorio o en otro diferente. La diversidad de estas legislaciones provocaron desde 1861 las reclamaciones y quejas de las Sociedades de seguros, gestionándose desde aquella fecha la unificación de esa legislación. En 1881 se intenta redactar un proyecto de ley que diera satisfacción a esta necesidad, pero este propósito fue detenido ante el movimiento de la organización de los seguros obreros. Siguieron las negociaciones, hasta en1901 se promulgó la Ley del Imperio. Años más tarde, se dictó la Ley de 1910 y que es la que actualmente rige."(45)

"El contrato de seguro está regulado en este país por la Ley del 30 de mayo de 1908, que entró en vigor el 1 de enero de 1910, hasta la entrada en vigor de esta ley, la regulación de los seguros privados eran en gran medida consuetudinaria o pactada, pues el Código Civil sólo se ocupaba de los seguros ocasionalmente y el Código de Comercio sólo regulaba los seguros marítimos. Esta Ley de 1908, es una de las primeras leyes moderas que abordan la regulación del contrato de seguro, y ha prestado especial atención a las disposiciones generales y comunes a todos los ramos del seguro. Las principales modalidades de estos, son : los seguros de daños, los de vida, y los infortunios, quedando a un lado los seguros marítimos y el reaseguro, que se encontraban regulados en el Código de Comercio." (46)

(44) Idem
(45) Idem
(46) Alonso Soto Ricardo. Op. Cit. p. 180 y 181

1.5.6 Francia

La Ordenanza de Colbert de 1681 constituyó una verdadera legislación sobre el seguro marítimo, en la que se basó y fundamentó el Código de Comercio de 1808.

En 1787 y 1788 aparecieron dos decretos que autorizaban los seguros terrestres a prima fija sobre la vida.

"Promulgados los Códigos Franceses el seguro marítimo sólo fue comprendido en sus preceptos, pues los otros seguros eran ignorados o parecían poco prácticos en esta época."(47)

En 1825 hicieron su aparición los seguros contra los accidentes, pero cabe mencionar que no tuvieron éxito. Esta rama del seguro, que exige y requiere ciertas condiciones sociales, no tomó importancia sino hasta 1880, en que en Francia apareció el novísimo Derecho Obrero. En cuanto al seguro sobre la vida más que prohibido de un modo general, parece que la prohibición sólo alcanza a los que se hacían sobre la vida de los hombres de mar y con motivo de las expediciones marítimas, seguros que se consideraban como apuestas.

"En términos generales podemos decir que las sociedades de seguros sobre la vida en Francia, fueron sometidas, por razón de su forma, al régimen de todas las sociedades y asociaciones que no podían crearse y subsistir sino por voluntad del Estado."(48)

"El contrato de seguro se comenzó a regular por la Ley del 13 de julio de 1920, incorporada actualmente a la *Code des assurances,* aprobado por el decreto del 16 de julio de 1976. Con anterioridad a la entrada en vigor de esta ley el seguro

(47) De Delas Josè Maria de, y Fèlix Bènitez de Lugo. Op. Cit. p. 60
(48) Idem

tan sólo era mencionado por el Código Civil entre los contratos aleatorios, y regulado en su modalidad de seguro marítimo por el Código de Comercio. La ausencia de una normativa sobre los seguros terrestres motivó primero la aplicación a éstos de las normas de los seguros marítimos, pero las dificultades de esta extensión llevaron a la proliferación de una normativa contractual propia que se desarrollo principalmente de las condiciones generales de las pólizas elaboradas por las compañías de seguros. Estas condiciones colocaban generalmente a los asegurados en situaciones difíciles para el ejercicio de sus derechos, por lo que pronto se vio la necesidad de la elaboración de una ley que regulara claramente el contrato y determinara los derechos y obligaciones de las partes. Tras un largo proceso de elaboración, se aprueba en 1920 la Ley de Seguros, que se aplica solamente a los seguros terrestres y que tiende primordialmente a la protección del asegurado."(49)

"En esta ley se excluye el seguro marítimo y sólo contempla el seguro contra daños y el seguro de vida, de tal forma que se crea una duplicidad de normas respecto del seguro terrestre (contra daños) y el seguro marítimo, que de igual forma, contenía lo relativo a la indemnización por daños que se pudiesen ocasionar a bordo de los buques. También se excluye el reaseguro, lo seguros sociales, el seguro de crédito y el seguro contra accidentes."(50)

"Entra las novedades que contempla esta ley, podemos señalar: a) El reembolso de la reserva que, a pesar de las protestas de las compañías, se acordó al asegurado de vida; b) La codificación del uso por el cual el pago de la prima en el seguro de vida no es judicialmente perseguible; c) Se establece que por falta de pago de la prima, el asegurado debe ser declarado en mora, y que no caducan sus derechos; y d) Entre los artículos relativos al seguro sobre la responsabilidad civil, el

(49) Alonso Soto Ricardo. Op. Cit. p. 192
(50) Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Comisiòn de Investigación Permanente de Seguros. Legislación del Seguro, Ley Francesa del 13 de julio de 1930 sobre el Contrato de Seguro, Extracto del Boletín Mensual del Seminario de Ciencias Juridicas y Sociales XIX. Buenos Aires, 1940, Sección Publicaciones del Seminario de ciencias Juridicas y Sociales. P. 11 y 12

artículo 53, establece que el asegurador no puede pagar a otros que no sean el tercer perjudicado, hasta en tanto éste haya sido indemnizado."(51)

"Mediante la ley 81-5 del 7 de enero de 1981, se modificó parte del contenido de la antes mencionada Ley del 13 de julio de 1930, en el que se amplían y especifican los derechos y las obligaciones tanto del asegurado como de la empresa aseguradora. En esta ley, en el Capítulo Primero, Título I al IV, se desarrolla todo lo relativo al contrato de seguro."(52)

1.5.7 Italia

"El contrato de seguro en general y los seguros terrestres habían sido ya regulados por el Código de Comercio de 1882, que aunque se encuentra en la línea del Código Napoleónico, en esta materia se inspiró directamente en la Ley de Seguros belga, de modo que sus normas han de considerarse como adecuadas para la práctica del seguro de aquellos tiempos. La dispositividad de los textos del código estimuló el desarrollo de nuevas modalidades de seguro que iban surgiendo al compás de la evolución de la historia y de la técnica del seguro. Este desarrollo de la institución motivó el desfase entre el derecho legislado y el que se aplica en la práctica, y como consecuencia del mismo, una abundante jurisprudencia creadora de derecho en ambos casos, hasta el punto de que el contrato de seguro se regía por las pólizas con las matizaciones establecidas por las decisiones de los tribunales. Esta situación dio lugar a que los aseguradores, que ostenta una posición privilegiada en el contrato, establecieran una serie de normas en perjuicio de los derechos del asegurado, que amparadas en el principio de la autonomía de la voluntad, no permitían la intervención de la jurisprudencia. Todos estos factores aconsejaron la reforma de la normatividad del seguro, que finalmente se llevó a cabo junto con la del Derecho de Obligaciones, integrándose así sus normas en el Código

(51) Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Comisión de Investigación Permanente de Seguros. Op. Cit. p. 13 y 30
(52) Jaramillo J. Carlos Ignacio, Op. Cit. p. 25

Civil. Las dos ideas principales que presidieron la reforma del Derecho del Seguro privado fueron, por un lado el tratar de adecuar la norma al momento presente de la evolución del seguro, y por el otro, la protección de asegurado frente a la prepotencia cada vez mayor de las compañías aseguradoras."(53)

Por tanto, "el Código Civil, aprobado mediante el Real Decreto del 16 de marzo de 1942, es el que regula el contrato de seguro en el capítulo XX del libro IV."(54)

1.5.8 Inglaterra

En Londres nació por primera vez el seguro de incendios. Fue consecuencia de un celebre siniestro de este tipo producido en 1666 en Londres.

En un cafè abierto por Eduardo Lloyd, en 1686, se constituyò el hoy famoso Lloyd de Londres, Asociación de aseguradores individuales (mercantiles); que en el curso de pocos años desempeñaria grandes destinos en la industria aseguradora del mundo entero.

La gambling act de 1774 declaró licito el seguro de vida, diferenciándolo de la apuesta. Allí surgió la Empresa Aseguradora en sentido moderno.

El seguro de vida surgió en Inglaterra mediante la contribución de tres factores fundamentales: el organizativo, el técnico y el jurídico. En ese periodo se constituyeron las empresas de seguro con sentido moderno.

Se utilizó el nuevo instrumento de la sociedad por acciones. Surgieron factores técnicos. Las primeras tablas de mortalidad y la adopción al seguro del cálculo de probabilidades, aplicado ya, para la renta vitalicia en Holanda. Sobre estas bases, se constituyó en Londres (año 1762) la equitable Society, que existe todavía y

es la primera compañía de seguros de vida, en la acepción actual de la palabra, que descansa sobre base científica.

Los parroquianos eran todos patrones de buques, banqueros o comerciantes. Allí, además de constituir un centro de información sobre todo lo relativo a los buques y a su navegación, se formalizaban los seguros marítimos. Con el paso del tiempo, después de la muerte de su propietario en 1771, el café Lloyd, empezó a ser importante. En 1771 se establecen las bases para su funcionamiento y en 1871 el Parlamento Británico lo reconoce como una Corporación. Es una corporación Inglesa de aseguradores individuales integrados por varios grupos independientes entre sí, que se denominan sindicatos, los cuales aceptan riegos a través de sus propios miembros llamados Underwriters. Los Underwriters son las únicas personas, como miembros de la Lloyd`s, que puede aceptar seguros, responden con su patrimonio personal de las obligaciones económicas contraidas al aceptar el riesgo, para ser Underwriters se exige ser presentado por un miembro de la Lloyd`s y amparado por otros cinco, lo que supone que el nuevo miembro debe tener una fuerte solvencia financiera.

1.6 El S guro en México

"Al consumar México su independencia en 1821, conservó la legislación propia que tenía cuando era la Nueva España. En materia mercantil, estuvo constituida por las Ordenanzas del Consulado de la Universidad de los Mercaderes de la Nueva España, en las cuales ya se decía que, aunque no había empresas aseguradoras en este país, cuando llegaren a crearse, sus operaciones debería ser regidas por las Ordenanzas de Sevilla. Sin embargo, no fue hasta 1789 en que se fundó la primera empresa aseguradora en Veracruz, más tarde en 1802, se fundó la

(53) Alonso Soto Ricardo. Op. Cit. p. 202 y 203.
(54) Jaramillo J. Carlos Ignacio. Op. Cit. p. 25

segunda empresa aseguradora marítima exclusivamente, igualmente en el Puerto de Veracruz. Cabe señalar que ambas empresas tuvieron que liquidarse a consecuencia de la guerra de Espala contra Inglaterra." (55)

Podemos señalar que el periodo comprendido entre la consumación de la independencia en 1821 y el año de 1891, en que se expide una legislación específica en materia de seguros, se caracterizó por la ausencia de control gubernamental en la actividad de seguros, toda vez que no se establecía en forma especifica los requisitos necesarios para poder ejercer dicha actividad, por lo que cualquier persona, ya sea física o moral, podía considerarse asegurador.

"A pesar de que las Ordenanzas de México establecieron que en materia de seguros serían aplicables supletoriamente las Ordenanzas de Sevilla, fueron las de Bilbao las que rigieron en la práctica y en las resoluciones del Consulado de la Nueva España. De ahí, que después de la independencia de México, continuaran aplicándose estas últimas, hasta que en **1854 se expidió el primer Código d Comercio de México, conocido como el *Código Lares,*** mismo que reglamento los seguros de compañía, los de conducciones terrestres y los marítimos en el título VII de su libro segundo, dedicado a los "Seguros de conducciones terrestres"(56)

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

Por otra parte, "**el Código Civil de 1870** 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. En su exposición de motivos, por primera ocasión se invocó la técnica aseguradora como base imprescindible de todo contrato de seguro." (57)

(55) Ruiz Rueda Luis. Op. Cit. p. 23 y 24
(56) Ruiz Rueda Luis. Op. Cit. p. 25
(57) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. p. 5

El 4 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 a materia mercantil en México adquiere el carácter o naturaleza federal.

Al dejar de regir el Código de Lares, recuperan sus fuerzas las Ordenanzas Bilbaínas, que siguieron en vigor, hasta que se expidió el **Código de Comercio de los Estado Unidos Mexicanos, el 15 de abril de 1884,** mismo que reglamentó el seguro, primero en el Titulo VIII de su libro Segundo, dedicado a los "Seguros Mercantiles", y después en el capítulo III del Titulo III de su libro Tercero, que se ocupa de los "Seguros Marítimos".

Por tanto, se configuró el contrato de seguro **como mercantil en el Código d Comercio** que ya tenía carácter federal, **y además como contrato civil,** regido por los Código Civiles, tanto los locales del Distrito y Territorios Federales, así como el de los Estados, cuando esos contratos de seguros no llenaran los requisitos consignados en el artículo 682 del Código de Comercio, que a la letra decía:

> "El contrato de seguro es mercantil, si al estipularse concurren estas dos circunstancias: que intervenga en calidad de asegurador un comerciante o compañía comercial que entre los ramos de su giro tenga el de seguros; y que el objeto de èl sea la indemnización de los riesgos a que estén expuestas las mercancías o negociaciones comerciales." (58)

"El Código de Comercio de 1889, tomo como modelos los códigos español e italiano, y estableció el criterio para determinar la mercantilidad del contrato de seguro, toda vez que ésta ya o dependía de los elementos que requería el código de 1884 (el sujeto asegurado que debía ser comerciante o sociedad mercantil, y las

(58) Ruiz Rueda Luis. Op. Cit. 28

cosas objeto del riesgo asegurado, que deberían ser mercancías o negociaciones comerciales). Con el nuevo código, basta que el sujeto asegurador sea una empresa para que el contrato de seguro sea mercantil "(59)

Este Código "contempló 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"(60)

"Después de la expedición del Código de Comercio de 1889, se inició en México un nuevo tipo de legislación en materia de seguros, que primero fue más bien de carácter fiscal posteriormente se entro de lleno en el campo de la legislación de derecho administrativo, como puede verse en la Ley de 1910, relativa a las compañías de seguro de vida, en cuya exposición de motivos ya se habla de la necesidad de la defensa de los derechos de la sociedad, se establece una limitación a la libertad de comercio de las sociedades aseguradora, también se acude a iguales razones para fundar una prohibición del ejercicio de la actividad mercantil en materia de seguros de vida, para quienes no sean sociedades de determinado tipo, es decir, se está fundando la prohibición absoluta o relativa y condicional, del ejercicio de la actividad mercantil de las aseguradoras."(61)

"En **1892,** el Estado empieza a legislar de una manera integral sobre la actividad aseguradora. 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 destacaban 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."(62)

(59) Idem
(60) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. p. 6
(61) Ruiz Rueda Luis. Op. Cit. p. 29 y ss
(62) Sanchez Flores Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. p. 6

Esta Ley Sobre Compañías de Seguros exigía a las personas físicas o morales, dedicadas a la actividad aseguradora, 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.

"Tratándose de aseguradoras extranjeras, les exigía que tuvieran un agente domiciliado en el país con poder suficiente que las representara ante el público asegurado y las autoridades. Con esto observamos que se restringía la libertad de comercio, ya que sometían a las compañías aseguradoras a ciertos requisitos para el ejercicio de su actividad, estableciendo también un servicio de inspección y vigilancia de las compañías de seguros." (63)

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.

"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, denominada Compañía General Anglo Mexicana de Seguros, S.A. dedicada al ramo de daños."(64)

"Posteriormente en **1901,** L. E. De Neergaard, corresponsal del New Cork Life Insurance Co., concibió el proyecto de constituir lo que sería la primera sociedad de seguros sobre la vida, con sede en nuestro país, "La Nacional, Compañía de Seguros Sobre la Vida, S.A.", cuya denominación actual es "Grupo Nacional Provincial, S.A."(65)

(63) Idem
(64) Sanchèz Flores Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. P. 7
(65) Idem

El **25 de mayo de 1910,** se promulga la "*Ley de Compañías de Seguros Sobre la Vida*", la que reglamentaba las operaciones de seguros sobre la vida en México, por lo que los daños seguían sujetos solamente a la Ley de 1892, con excepción de los marítimos. Así, se deja claramente sentado el carácter de ordenamiento especial y la intervención clara y abierta del estado en el funcionamiento de las instituciones que regula, de tal forma que:

a) Ratifica que su objeto lo constituyen las compañías nacionales o extranjeras que realicen operaciones de seguros de vida

b) Limita la práctica habitual de las operaciones de seguros de vida a las compañías autorizadas, y le prohíbe dedicarse a otra actividad.

c) Previene que para su organización debe adoptar la forma de Sociedades Mercantiles, bajo la modalidad de Sociedades Anónimas y cuando tengan por base la mutualidad, la forma de Sociedades Cooperativas.

d) En cuanto a su organización, distingue a las nacionales de las extranjeras.

e) Determina cuáles seguros debían reputarse para los efectos de la ley como seguros mexicanos, evitando de esta manera que las Aseguradoras que no fueran nacionales recurrieran a las autoridades y tribunales extranjeros para hacer efectivos sus derechos.

"El **25 de mayo de 1926,** se expidió la "Ley General de Sociedades de Seguros", que fue el primer ordenamiento que reguló toda clase de empresas aseguradoras, extendiendo el sistema de control estatal que ya existía para el seguro de vida en ese momento, a todos los ramos de seguros, aunque no se limitó al

derecho administrativo, sino que no tuvo numerosas incursiones en materia de derecho privado."(66)

Con la expedición del *Código Civil para el Distrito y Territorios Federales* de **1928,** se suprimió toda reglamentación del contrato de seguro *no mercantil*, es decir, no realizado por empresa, sino celebrado aislada y ocasionalmente, lo cual deja ver que no es posible la operación aislada de seguro, sino que tiene como elemento indispensable la mutualidad o sea, la asuncion de riesgos en gran número, a fin de poderlos compensar según las leyes de la estadistica.

Debido al gran número de utilidades que salian del país, obtenidas por las compañías aseguradoras extranjeras, el **19 de noviembre de 1931** se expidió un decreto, por el cual se modificó la Ley de 1926, estableciéndose que las empresas aseguradoras debían organizarse de mexicanos y que el 55% de su capital también fuera nacional, con lo cual se logró la mexicanizacion de las empresas de seguros.

El **31 de agosto de 1935,** se promulgaron y entraron en vigor dos leyes fundamentales para el desarrollo del seguro en México:

- La **Ley sobre el Contrato de Seguro,** inspirada en gran parte en la Ley Federal Suiza del Contrato de Seguro de 1908 y en la Ley Francesa de 1930. Dejó en vigor el Código de Comercio en cuanto hace al contrato de seguro marítimo. En esta ley se establecían:

  - Las normas para la interpretación y adecuada aplicación del contrato de seguro
  - Se considera a la empresa como elemento esencial específico del contrato
  - La protección a los derechos de tercero, tanto en los casos de acreedores

(66) Sanchèz Flores OctavioGuillermo de Jesús. Op. Cit. p. 8

privilegiados o con garantía real sobre los bienes expuestos al riesgo cubierto por el seguro, como en el de los terceros beneficiarios.

- Las reglas y principios técnicos, como el de la proporcionalidad de la prima al riesgo, el de la exclusión legal de ciertos riesgos y el de las consecuencias de la mora del seguro en el pago de las primas, entre otros.
- El carácter imperativo de sus disposiciones, con excepción de los de los seguros marítimos, ya que éstos se regirían por el Código de Comercio, por lo que sólo le serían aplicables sus disposiciones en lo que fueran compatibles.
- La homologación de las condiciones generales de la póliza, lo que disminuye la libertad de discusión previa en la contratación.

- La **"Ley General de Instituciones de Seguros"**, que dejó sentadas las bases para la verdadera mexicanizaciòn y el correcto funcionamiento de la industria aseguradora en México

  - Precisa lo que debe entenderse por el elemento empresa.
  - Prohíbe a quienes no tengan el carácter de "Instituciones de seguros" el ejercicio de la actividad aseguradora, con excepción de tener una autorización de la Secretaria de Hacienda.
  - Niega todo efecto jurídico a los contratos de seguro celebrados en contravención a lo dispuesto por ella, y establece la anulabilidad de los mismos.
  - Establece reglas relativas al traspaso o cesión de cartera de una empresa de seguros y a la fusión de dos o más instituciones.

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 de no ser así, la Comisión reserva al actor el derecho de acudir ante los tribunales judiciales a ejercitar sus derechos, acreditando haber agotado el procedimiento conciliatorio ante dicha Comisión.

Por decreto de **1970** desaparecio la Comisión Nacional de Seguros, transfiriendo sus funciones de Inspección y Vigilancia de las Instituciones de Seguros a la Comisión Nacional Bancaria.

En **1990** se promulgó la **Ley General de Instituciones y Soci dad s Mutualistas de Seguros,** dividiendo las funciones de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros en dos organismos desconcentrados de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público denominados "Comisión Nacional Bancaria" y "Comisión Nacional de seguros y Fianzas", la cual se encargaría de la inspección y vigilancia de las instituciones de seguros, de las sociedades mutualistas y de las afianzadoras, fungir como órgano de consulta de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público; imponer multas por infracciones a las disposiciones de la ley; elaborar estudios que le sean encomendados a coadyuvar con la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, en el desarrollo de políticas adecuadas para la selección de riesgos.

Con fecha 17 de mayo de 1993, se público el nuevo **Reglamento de Agentes de S guros y Fianzas.**

El 18 de enero de 1999, se publicó la **Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros,** misma que se reforma mediante publicación del 5 de enero del 2000 Ley que crea la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, misma que tiene por objeto la protección y

defensa de los derechos e intereses de las personas que utilizan los servicios ofrecidos por las entidades financieras.

La industria de los seguros fue desregulada en su mayor parte en 1990 y desde entonces, el mercado está abierto a la inversión extranjera.

CAPITULO SEGUNDO

CAPITULO SEGUNDO
CONCEPTO Y ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO

2.1 Concepto de Contrato

Existen diversos conceptos de contrato entre los que resalta el aportado en el Código Civil Federal en su artículo 1793 que a la letra establece:

> "Los convenios que producen transfieren las obligaciones y derechos toman el nombre de contratos."

De igual forma, Sara Bialostosky señala que el contrato es "el acuerdo de voluntades tendiente a generar obligaciones, siempre que tenga una causa lícita y del cual nacen acciones; el derecho romano precisa, que para que una promesa contractual sea válida y exigible, necesita de un fundamento jurídico (*causa civilis).*"(67)

El contrato es el "Negocio Jurídico por el que una o más partes crean, modifican o extinguen una relación jurídica patrimonial"(68)

El derecho romano reconoció en el contrato un concurso de voluntades (*consesus)* que creaba un vinculo *(iurisvinculo)* si se actuaba de acuerdo con la formalidad prescrita a la *causa cilivilis.* Pero la importancia dl contrato se fija en el pensamiento liberal individualista, cuyo triunfo hizo posible una noción del contrato que se identifica con el simple *convenio* o mero concurso de voluntades, concurso que genera una fuerza maravillosa y que erige absoluta en todos los órdenes, que está encima y más allá de la Ley.

(67) Sara Bioalostosky, Panorama del Derecho Romano, p. 139
(68) Diccionario Jurídico Espasa p. 408

En el plano Filosófico, el iusnaturalismo racionalista elevaría el contrato a fuente u origen de la sociedad, al concurrir dos tradiciones: la idea del estado de naturaleza como fase previa al estado social y la problemática de justificar el poder del monarca absoluto por el recurso a legitimar sus poderes en una primigenia transmisión de los mismos por el pueblo al soberano (y ya fuese concebido como un *pactum uniones* o como un *pactum subjetionis)*

En el Derecho Político, el contrato se manifiesta en la Constitución; en el penal, la sanción será la <<contraprestación>> al delito en el internacional, el contrato o tratado se erige en fuente única del Derecho en el civil, el contrato explica y subsume todas las instituciones (matrimonio, relaciones paterno – familiares, adopción, sociedad, etc.).

Nuestro Código Civil, identifica el contrato como la manifestación tipica, sino la única, del negocio jurídico; conceptuación hoy superada. La idea del contrato como entrecruce de voluntades se modifica y orienta hacia su visión como yuxtaposición de intereses, concordé con una función económico – social. Los intereses de las partes ya no son opuestos, sin también vehículo de realización de un fin social superior. El contrato es instrumento para satisfacer intereses, sí, pero conforme con un fin superior.

2.1.1 Elementos del Contrato

Encontramos en ellos ciertos elementos, que deben existir siempre, que son obra del derecho objetivo, otros, que pueden suprimirse y algunos que podrían añadirse.

(69) Idem

2.1.1.1 Elementos Esenciales

Son aquellos que constituyen requisitos *sine qua non* para la existencia misma del contrato. Si falta uno de ellos, el contrato es inexistente. Tales son: los sujetos, el objeto, el consentimiento, la causa y la forma; los cuales deben estar presentes en el momento de la celebración del contrato.

2.1.1.2 Sujeto activo y Sujeto pasivo

En todo contrato debe haber por lo menos dos personas; éstas, denominadas sujeto activo y sujeto pasivo, deben ser capaces La capacidad o sea la aptitud que tienen las partes para regir y decidir autónomamente sus intereses a través del contrato es la regla general; la incapacidad, es la excepción y requiere norma que exprese quiénes son considerados incapaces.(70)

2.1.1.3 Objeto

El objeto del contrato es aquel hacía el cual se dirige la voluntad, es decir que tiene que ser de realización física y jurídicamente posible esto es que las prestaciones a las que las partes se compromete puedan realizarse tanto en su sentido material como en el jurídico, si el contrato tiene un contenido imposible simplemente existe como tal.

Sara Bialostosky señala que "El objeto del contrato es la prestación a la que el deudor está obligado. Si bien en la práctica el objeto de la obligación y el del contrato se identifican, teóricamente debemos señalar la diferencia, la prestación es el objeto inmediato de la obligación y el objeto mediato del contrato."

El objeto puede consistir en un *dare, facere, praestare, non facere* o *tolerare,* o sea subdivisiones de una acción o abstención del deudor.

(70) Sara Bialostosky, Panorama del Derecho Romano, p. 141

Con base en la casuística romana, la ciencia romanística ha elaborado un elenco de requisitos que el objeto debe tener y son

a) Que sea jurídicamente posible a la ley En estos casos el contrato es nulo. Hay imposibilidad jurídica cuando las cosas son *extra commercium,* cuando son contrarias

b) Que sea físicamente posible. La imposibilidad física puede ser abstracta o concreta.

c) Que represente un Interés para el acreedor Si no interesa al acreedor, no hay acción y por tanto no habrá contrato.

d) Que sea determinado o determinable Si hay vaguedad excesiva en el objeto, el contrato es nulo. La casuística nos muestra, empero, cierto criterio de interpretación: si hubiere duda sobre la calidad del objeto, el deudor se libera entregando el objeto de calidad media.(71)

Por otro lado el Código Civil para el Distrito Federal nos señala en sus artículos 1824 a 1831 el objeto, motivo y fin del los contratos, que a la letra señalan lo siguiente:

Artículo 1824. Son objeto de los contratos:

I. La cosa que el obligado debe dar, y

II. El hecho que el obligado debe hacer o no hacer.

Artículo 1825. La cosa objeto del contrato debe:

1º. Existir en la naturaleza

2º. Ser determinada o determinada en cuanto a su especie

3º. Estar en el comercio.

(71) Idem

Artículo 1826. Las cosas futuras pueden ser objeto de un contrato. Sin embargo no puede serlo la herencia de una persona viva, aun cuando ésta preste su consentimiento.

Artículo 1827. El hecho positivo o negativo, objeto del contrato debe ser posible y lícito.

Artículo 1828. Es imposible el hecho que no puede existir porque es incompatible con una ley de la naturaleza o con una norma jurídica que debe regirlo necesariamente y que constituye un obstáculo insuperable para su realización.

Artículo 1829. No se considerará imposible el hecho que no pueda ejecutarse por el obligado, pero sí por otra persona en lugar de él.

Artículo 1830. Es lícito el hecho que es contrario a las leyes de orden público o a las buenas costumbres.

Artículo 1831. El fin o motivo determinante de la voluntad de los que contratan, tampoco debe ser contrario a las leyes de orden público ni a las buenas costumbres.

2.1.1.4 Consentimiento

El consentimiento es la emisión de la declaración de voluntad para celebrar un acto, es que se pongan de acuerdo las voluntades es decir que haya un concierto de voluntades y este elemento es indispensable para la existencia de un acto sin él no existe acto o contrato alguno.

El Código Civil para el Distrito Federal señala en su artículo 1803 lo relativo al consentimiento que al tenor literal dice:

> **"Artículo 1803.** El consentimiento puede ser expreso o tácito. Es expreso cuando se manifiesta verbalmente, por escrito o por signos inequívocos. El tácito resultará de hechos o de actos que lo presupongan o que autoricen a presumirlo, excepto en los casos en que por ley o por convenio la voluntad deba manifestarse expresamente."

El consentimiento puede adolecer de ciertas deformaciones que se han denominado vicios del consentimiento y que tienen su origen en: el error, el dolo, la intimidación y la lesión.

2.1.1.5 Forma

La forma es el molde objetivo al que las partes deben sujetarse, para que el acuerdo de la partes, devenga obligatorio

2.1.2 Elementos de validez

I. Capacidad de las partes. Es la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones y se dividen en capacidad de goce y capacidad de ejercicio.

La capacidad de goce es la aptitud para tener derechos y obligaciones, se adquiere con el nacimiento y se pierde con la muerte pero desde que el individuo es concebido entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos de la misma.

La capacidad de ejercicio es la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones para comparecer en juicio.

II. Ausencia de vicios de la voluntad. Son las circunstancias que impiden la libre y espontánea manifestación de la voluntad

2.1.2.1 Error

El error es la falsa creencia de la realidad es decir, es un estado subjetivo que esta en desacuerdo con la exactitud que nos aporta al consentimiento científico, el error se divide en.

Error de obstáculo: Impiden que se realice el contrato ya que recaen sobre la utilidad del objeto sin importar la naturaleza del mismo

Error nulidad: es el que vicio la voluntad y recae sobre el motivo determinante de la voluntad de agente.

Error en la sustancia: Se toman en cuenta las cualidades y características que han sido consideradas como requisitos del contrato que no concuerdan con la realidad de la cosa.

Error en la persona: Se da tomando en cuenta las circunstancias accidentales y únicas que dan lugar a la rectificación y que carecen de trascendencia jurídica.

Error de derecho: Es una falsa creencia de la aplicabilidad e interpretación de una norma legal.

Error de cálculo: Sclo da lugar a que se rectifique y carece de trascendencia jurídica.

2.1.2.2 Dolo

Es la sujeción o artificio para inducir a error alguno de los contratantes y mantener en el error a alguno de los contratantes. "El dolo consiste en las maquinaciones fraudulentas para provocar el error en una persona o para mantenerla en él.

Las características de la acción de dolo son las siguientes:

I. Se obtiene, si prospera la acción, el valor del daño sufrido.
II. Es subsidiaria, es decir, sólo se ejerce en el caso de que ninguna otra acción sea posible.
III. Es infamante, por lo que produce la tacha de infamia en el demandado.
IV. Prescribe al año contado desde el momento en que se produjeron las maquinaciones."(72)

2.1.2.3 Mala fe

Es la disimulación del error de uno de los contratantes una vez conocido.

2.1.2.4 Violencia

Coacción Física, moral, injusta, irresistible y grave que se ejerce a una persona Para obligarla a que de su consentimiento para la celebración del acto. La violencia se divide en las siguientes clases:

a) **Física.** Coacción física que se ejerce sobre una persona para que de su consentimiento para la celebración de un acto.

(72) Sara Bioalostosky, Panorama del Derecho Romano, p. 143

b) **Moral.** Son amenazas que sin llegar a la fuerza física se realizan con el fin de obligar al sujeto a que de su consentimiento para la celebración de un acto.

2.1.2.5 Lesión

Es la desproporción que existe entre la prestación y la contraprestación, originada por la explotación de la suma ignorancia, inexperiencia o necesidad de alguna de las partes.

2.1.3 Clasificación de los Contratos

Unilateral. El contrato es unilateral cuando una de las partes se obliga hacia la otra sin que esta quede obligada.

Bilateral. El contrato es bilateral cuando las partes se obligan recíprocamente, es decir, originan derechos y obligaciones para ambas partes.

Oneroso. Es oneroso aquel en que se estipulan provechos y gravámenes recíprocos.

Gratuito. El contrato es gratuito cuando los provechos son para una parte y los gravámenes para la otra.

Conmutativo. Cuando las prestaciones que se deben las partes son ciertas y determinadas desde la celebración del contrato.

Al atorio. Cuando la cuantía de la prestación debida depende de un acontecimiento incierto.

Principal. Es principal cuando existe por si mismo, es decir, que no de pende de ningún otro contrato.

Accesorio. Contrato que no tiene existencia propia, depende de otro y por lo tanto corre la misma suerte de lo principal.

Instantáneos. Los contratos que producen sus efectos en un solo acto se les considera como instantáneos.

De trato sucesivo. Son los contratos que producen sus efectos a través del tiempo.

Consensual en oposición a real. El contrato es consensual cuando se perfecciona por el solo consentimiento sin necesidad de entregar la cosa.

Real. En los contratos reales no es necesario el consentimiento, sino que es necesario la entrega de la cosa para su perfeccionamiento.

Consensual en oposición a Formal. Cuando no se requiere para su validez que el consentimiento se manifieste por determinado medio, sino por el contrario se da entera libertad a las partes para que lo manifiesten como ellos deseen pero dentro de los estipulado por la ley.

Formal. Cuando la ley ordena que el consentimiento se manifiesta por determinado medio.

Nominado. Son aquellos que se regulan en el código civil y reciben nombre determinado.

Innominados. No están regulados por la ley pero que pueden celebrar las partes en atención a lo dispuesto por el código civil.

2.2 Conc pto del Contrato de Seguro.

A continuación, daremos algunas de las definiciones más comunes y completas que consideramos hay respecto del concepto del contrato de seguro, para poder entender mejor todos sus elementos

"El Contrato de seguro, es aquel contrato por el que el asegurador se obliga mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los limites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital una renta y otras prestaciones convenidas."(73)

El tratadista BRUK, lo define como un "contrato oneroso por el que una parte (asegurador) espontáneamente asume un riesgo y por ello cubre una necesidad eventual de la otra parte (tomador del seguro) por el acontecimiento de un hecho determinado a que se obliga para un momento determinado a una prestación apreciable en dinero, por un monto determinado o determinable, y en el que la obligación, por lo menos de una de las partes depende de circunstancias en su gravedad o acaecimiento."(74)

Para BRUNETTI es "el contrato bilateral autónomo a titulo oneroso, por el que una sociedad de seguros, debidamente autorizada para el ejercicio de esa empresa, asume contra el precio de una prima, correspondiente al asegurado una prestación

(73) Diccionario Juridico ESPASA. Taller gráfico de la Editorial Espasa- Calpe, S. A., Fundación Tomás Moro, Madrid, España, 1991. p. 906
(74) Citado por Halperin Isaac. El Contrato de Seguro. Edit. Desalma, Buenos Aires, 1946, p. 30 y s.

determinada, en capital o renta, para el caso que en lo futuro se realice un determinado evento contemplado en el contrato."(75)

A su vez GARRIDO Y COMAS define como "contrato de seguro, el contrato por el cual el asegurador se obliga, mediante la percepción de una cuota o prima, a realizar la prestación convenida, al asegurado o a los beneficiarios por el designados, de producirse la eventualidad prevista en el contrato relativa a la persona o a los bienes del asegurado."(76)

DONATI, siguiendo las huellas del articulo 1882 del Código Civil Italiano, expresa que se puede definir el contrato de seguro como "ese negocio en que el asegurador, contra el pago u obligación de pagar una prima, se obliga a resarcir al asegurado de las consecuencias de un hecho dañoso incierto, dentro de los limites convenidos."(77)

Por su parte, MALAGARRIGA, expresa que "en términos generales se puede decir que hay seguro cuando a cambio de una prestación única o periódica, fijada o a liquidarse, y que no siempre es efectuada por el beneficiario, éste recibe una cantidad de dinero, también de una vez o en forma periódica, o se evita un desembolso, al constatarse la realización o la no realización de un acontecimiento incierto y, en principio futuro."(78)

Por último, nuestra Ley Sobre el Contrato de Seguro, en su primer artículo define al contrato de seguro de la siguiente manera:

> "Artículo 1º.- 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."

(75) Idem
(76) Citado por Halperin Isaac. El Contrato de Seguro, Edit. Desalma, Buenos Aires, 1946, p. 32
(77) Idem
(78) Idem

En conclusión, podemos observar que según estas definiciones debe considerarse esencial para la conformación de un contrato de seguro la existencia de una empresa aseguradora, una prima y un riesgo, por tanto, el pacto por el que el depositario de la mercancía asume los riesgos de viaje, no puede considerarse como contrato de seguro, ya que el depositario o porteador no tiene la autorización necesaria para constituirse y prestar los servicios de una empresa aseguradora, ni puede considerarse como prima, la cantidad que éste reciba por asumir los riesgos del viaje.

2.3 Elementos del Contrato de Seguro

2.3.1 El mentos esenciales

El autor Luis Ruiz Rueda establece que los artículos 1 y 2 de nuestra Ley Sobre el Contrato de Seguro, precisan los elementos esenciales específicos del contrato que nos ocupa. Dichos elementos son los siguientes:

a) Riesgo
b) Prima
c) Garantía (prestación del asegurador)
d) Empresa

2.3.1.1 Riesgo

Se define como "el acontecimiento futuro e incierto cuyas consecuencias son dañosas respecto a las personas o respecto a sus bienes, considerándolo la eventualidad prevista en el contrato. Se ha establecido que lo que se asegura es el riesgo y no la cosa"(79)

(79) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús. La Institución del Seguro en México. Edit. Porrúa, México, D.F., 2000, p. 186

Hay doctrinas jurídicas que consideran al riesgo como *objeto* del contrato de seguro, sin embargo, nuestro Código Civil para el Distrito Federal, establece que son *objeto* de los contratos: ***I.-*** *La cosa que el obligado debe dar, y* ***II.-*** *El hecho que el obligado debe hacer o no hacer,* pero debemos tener en cuenta que del artículo 1°, 45 y 46 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se desprende que el riesgo es uno de los elementos esenciales del mismo.

"En la práctica, se habla del riesgo sin distinguir los dos conceptos con que se les conoce, que deben ser determinados en el momento de la celebración del contrato, por que son dos conceptos de diferente naturaleza, con alcances y consecuencias diversas, pues mientras que uno es constante como la sustancia de un cuerpo material, tangible (cuando se refiere al *estado de riesgo, a la agravación del riesgo, circunstancias de riesgo o al complejo de riesgo, esto es, el riesgo como cosa asegurada*); el otro es un concepto abstracto o *sea la contingencia o evento dañoso,* contra el que se asegura toda persona, aunque pueda o no presentarse durante la vigencia del contrato."(80)

El doctor NATALIO MURATTI, dice que "la expresión "riesgo", tiene varias acepciones: a) Como la posibilidad de un evento; b) Como acontecimiento incierto de cuya realización depende el cumplimiento de la obligación del asegurador; c) A los efectos del evento respecto del asegurador. En su primera acepción, "posibilidad de un acontecimiento, suceso imprevisto o contingente", ha de poder calcularse en forma estadística. En la segunda, es un acontecimiento incierto, ajeno a la voluntad del asegurado o de las personas que lo representan. Y en su tercera acepción, es la obligación que tiene el asegurador de pagar la indemnización o de efectuar la prestación estipulada al producirse el suceso asegurado."(81) Sin embargo, tanto el profesor Natalio Muratti, como Kisch y herrmannsdofer, sólo tratan al riesgo como

(80) Rodríguez Sala J. Jesús, El Contrato de Seguro en el Derecho Mexicano, Tomo I', México, D.F. 1976, p. 9 y s.s.
(81) Idem

peligro o acontecimiento dañoso, sin ocuparse de su otro sentido, concreto y jurídico.

Por otra lado, el profesor ANTIGONO DONATTI establece que: "El riesgo es la posibilidad de un acontecimiento dañoso; pero puesto que la posibilidad abstracta de un daño se hace concreta para el asegurado, solamente cuando el acontecimiento se verifica sobre algo con lo que el asegurado tiene relación, podemos concluir que el riesgo asegurado, esta constituido por: *la posibilidad de un acontecimiento dañoso; una cosa, y una relación entre el asegurado y la cosa* (interés), por tanto, son estos los tres elementos que constituyen el riesgo en sentido lato, los cuales es necesario que tengan lugar para que exista la obligación por parte del asegurador."(82)

Para el autor mexicano VÀZQUEZ DEL MERCADO, el riesgo "es el elemento esencial en todo contrato de seguro ya que 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."(83)

De todo lo anterior, concluimos que el riesgo es la eventualidad de que se dé un **acontecimiento** futuro, incierto y de plazo indeterminado. Dicho acontecimiento no depende de la voluntad de los sujetos, por lo que puede o no suceder, de ahí que se pierda cualquier derecho tanto del asegurado como del beneficiario, cuando provocan el siniestro, o agravan el riesgo. Esto no implica que dejen de garantizarse los siniestros causados por culpa del asegurado, ya que el acontecimiento sigue siendo incierto. Así, observamos que:

- Se llama riesgo *subjetivo* al riesgo derivado de la culpa, esto es, una acción humana, aunque no se intencional o voluntaria; y
- Se llama riesgo *objetivo* al que es totalmente independiente de la influencia del asegurado, debido al uso de cosas peligrosas.

(82) Rodriguez Sola J. De Jesús, Op. Cit. p. 12
(83) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. p. 187

El seguro debe significar un riesgo para el asegurador, por cuanto asume la obligación de resarcir al asegurado los daños que éste, a su vez, resiente por la eventual realización del acontecimiento previsto.

"No todos los riesgos son asegurables; es menester que reúnan ciertas características para su individualización, frecuencia, limitación e intensidad. 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."(84)

La frecuencia del riesgo es necesaria para la obtención de estadística que permitan establecer las posibilidades del siniestro.

Solo 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 aún cuando no se conozca esa realización, dejando de ser un riesgo para constituir un siniestro. El siniestro no es más que la actualización o realización del riesgo.

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.

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiera realizado, ya que se perdería uno de los elementos esenciales de dicho contrato.

(84) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús, Op. Cit. p. 188

"La ley emplea la palabra "riesgo" con diversos sentidos:

a) En primer lugar como *una eventualidad que amenaza el patrimonio o a la persona del asegurado,* es decir, un acontecimiento futuro de realización incierta y dañosa (artículo 1° Ley Sobre el Contrato de Seguro). Esto es, d be ser *posible,* ya que lo imposible no será riesgo; *contingente,* o sea, de realización incierta, ya que todo aquello que necesariamente deba ocurrir, tampoco será riesgo; *futuro y dañoso,* cuando de su realización depende l pago de la indemnización.
b) Como *causa determinante* del evento previsto en el contrato (artículos 78, 79, 98 y 99 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).
c) Como la *simple posibilidad o probabilidad abstracta de que se realice dicho vento* (artículos 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62 y 63 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)" (85)

La Ley de los Grandes Números (86) es la regla desprendida de la estadística o xperiencia registrada que permite determinar la frecuencia y la magnitud o intensidad en la realización de los riesgos. Es parte esencial del fundam nto matemático del seguro.

Las consecuencias derivadas de la ley de los grandes números cuando su aplicación se efectúa sobre una adecuada y suficiente base estadística, determinan l grado de posibilidad de que se produzca determinado acontecimiento. Por llo sta ley es la base fundamental de la técnica actuarial en cuanto se refiere al cálculo y determinación concreta de las primas que deben aplicarse para la cobertura d riesgos.

(85) Ruiz Rueda Luis, Op. Cit. p. 51
(86) **Ley de los Grandes Números** es el nombre con el que se conoce el postulado científico en que se establece que los fenómenos eventuales que circunstancialmente se producen o manifiestan al examinar continuamente un mismo acontecimiento, decrecerá en su irregularidad hasta adquirir una constante, a medida que aumenta el número de veces en que la observación es realizada o se extiende la masa de hechos a que se aplica dicha observación.

2.3.1.2 La Prima

Es la contraprestación del asegurado o del contratante, por la garantía que presta el asegurador, es decir, la aportación económica en dinero que ha de proporcionar el asegurado a la empresa aseguradora por concepto de contraprestación por la cobertura de un riesgo, que ésta le otorga a fin de que el asegurado este en posibilidad de cobrar la indemnización correspondiente. En pocas palabras, es el precio del riesgo.

"Para HALPERIN el precio del seguro es la prima o cotización que constituye la remuneración del asegurador por las obligaciones que asume, es decir, la contraprestación del asegurador."(87)

"El monto de la prima no se fija arbitrariamente, puesto que de la ley se desprende que debe ser calculada en función *del tiempo, de la gravedad del riesgo y de la suma asegurada."*(88) Debe ser proporcional a la curación del seguro, al mayor o menor grado de probabilidad del siniestro a su posible intensidad o costo y, naturalmente, a la suma asegurada.

El asegurador no se limita a cobrar la prima pura (precio teórico medio de la probabilidad), sino que la aumenta a modo de convertirla en una prima comercial, con una serie de recargos como:

- Gastos de administración, esto es, cobro de primas, sueldos del personal de la empresa, etc.
- Gastos de producción; o sea, comisiones de agentes.
- Gastos de redistribución de riesgos (coaseguro y reaseguro)
- Recargo para estadística y margen de utilidad.

(87) Halperin Isaac. Op. Cit. p. 29
(88) Ruiz Rueda Luis. Op. Cit. p. 60

Aunado a los recargos anteriores, la entidad aseguradora, añade otros tipos de gravámenes como los impuestos y los accesorios, que repercuten sobre la prima comercial, y dan origen a la prima total.

De todo lo anterior, podemos concluir que "los elementos esenciales que componen la prima son:

a) Precio Teórico de la probabilidad de que ocurra un siniestro.
b) Recargo por gastos de administración, producción, compensación y redistribución de riesgos, más la ganancia comercial.
c) Gastos accesorios o fiscales."(89)

"El pago de la prima se instrumenta mediante la emisión del recibo de pago de primas, que es el documento por el que la aseguradora reconoce haber percibido del asegurado y respecto a determinado riesgo, las primas correspondientes a la vigencia que en dicho recibo hace constar."(90)

Por ser esencial del contrato de seguro, la mora del deudor en el pago de la prima, trae como consecuencia la resolución automática en todos los tipos de seguro.

El seguro no se concibe sin el pago de una cantidad por parte del contratante o tomador del seguro, porque de lo contrario estaríamos en presencia de un acto gratuito de beneficencia; pero no de un contrato de seguro.

Es de señalarse que los efectos del contrato de seguro se reanudan automáticamente, en virtud de la aceptación del pago de la prima por la compañía aseguradora, aun cuando dicho pago se hubiera realizado fuera del período de

(89) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. p. 208
(90) Ídem

Gracia que señala el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por lo que los siniestros que ocurran posteriormente a esa fecha, beberán ser cubiertos.

2.3.1.3 La Garantía

"Para unos es solamente el pago de la suma asegurada, según se trata de seguro de daños o de personas, prestación esencialmente eventual; para otros es además la cobertura del riesgo por el asegurador, con su garantía desde un determinado momento en que se inició el contrato hasta aquél en que se extingue, lapso durante el cual el riesgo queda cubierto por la empresa aseguradora."(91)

Por tanto; "la garantía es la obligación del asegurador de indemnizar de los daños sufrido por el asegurado en el momento de la realización del siniestro, siempre que éste ocurra durante todo el tiempo de vigencia del contrato, siendo así que el pago de la suma aseguradora constituye un aspecto de esa garantía, que pone fin a la misma, cuando se realiza el siniestro, pero que no deja de existir desde la iniciación de la vigencia del seguro, hasta la extinción de su duración, aunque no se realice el siniestro.

Si no fuera así, debería considerarse que la prestación del asegurador estaría sujeta a una condición suspensiva y la falta de realización de la misma, traería consigo la resolución del contrato y debería devolverse la prima, puesto que tratándose del contrato bilateral, en que una de las prestaciones no existe, por la falta de realización del siniestro, la otra, o sea, la prima debe restituirse, lo cual sería absurdo."(92)

(91) Ruiz Rueda Luis. Op. Cit. p. 61 y s.s.
(92) Ídem

2.3.1.4 La Empresa Aseguradora

El contrato de seguro presuponía por necesidad una organización económica rigurosamente técnica, indispensable para lograr la compensación de los riesgos, según las leyes de la estadística. VIVANTE fue el primero en poner de relieve la importancia jurídica del elementos *empresa*, o sea, una organización económica para constituir lo que se llama mutualidad, y por lo mismo, sostuvo que la empresa era un elemento esencial del contrato de seguro.

"La Empresa Aseguradora es la persona moral 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."(93) Las Sociedades Anónimas deberán ser de capital fijo o variable, con arreglo a lo que dispone la Ley General de Sociedades Mercantiles, de conformidad con lo establecido por el artículo 29 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (L.G.I.S.M.S.)

La actividad aseguradora en la práctica solo puede ser llevada a cabo por personas jurídicas mediante alguna de las formas de sociedad que reconoce como válidas la legislación.

El artículo 5° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, establece que para organizarse y funcionar como una Institución sociedad mutualista de seguros se requerirá la autorización del Gobierno Federal, que compete otorgar discrecionalmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Las Instituciones de seguros, realizarán su objeto social por medio de uno o más funcionarios que se designen al efecto y de cuyos actos responderá directa o

(93) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús. Op. Cit. p. 146

limitadamente la institución, sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales en que ellos incurran personalmente.

El artículo 34 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, establece las operaciones que pueden realizar las instituciones de seguros, entre las que encontramos:

I. Practicar las operaciones de seguros, reaseguro y reafianzamiento a que se refiera la autorización que exige la Ley.

II. Constituir e invertir las reseras previstas en la Ley.

III. Administrar las sumas que por concepto de dividendo o indemnizaciones les confíen 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 8º, de la 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 los contratos de seguros que se celebren, así como cuando se trate de fideicomisos privados complementarios de seguros obligatorios a que se refiere el artículo 52 Bis-2 de la misma Ley.

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 establecen las leyes sobre seguridad social y de primas de antigüedad.

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 fomentos económico destinados en fideicomiso por el Gobierno Federal en instituciones de crédito.

X. Otorgar préstamos o créditos.

X bis. Emitir obligaciones subordinadas que deberán ser obligatoriamente convertibles a capital, hasta por un monto igual al capital pagado de la institución.(94)

A las instituciones de Seguros, les esta prohibido, entre otras cosas.

- Dar en garantía sus propiedades;
- Dar en reporto títulos de crédito;
- Dar en prenda los títulos o valores de su cartera;
- Operar con sus propias acciones, salvo en los casos previstos en la Ley del Mercado de Valores.
- Aceptar riesgos mayores a los establecidos en la multicitada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros;

(94) Ley Sobre el Contrato de Seguro. Op. Cit. Articulo 34 p. 5

- Otorgar avales, fianzas y cauciones;
- Comerciar con mercancía de cualquier clase;
- Entrar en sociedades de responsabilidad ilimitada y explotar por su cuenta minas, plantas metalúrgicas, establecimientos mercantiles o industriales o fincas rústicas, sin perjuicio de la facultad de poseer bonos, obligaciones, acciones y otros títulos de dichas empresas;
- Adquirir bienes, títulos o valores que no deban conservar en su activo;
- 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 jerarquiza inferiores a las de aquellos;
- 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.(95)

Las Instituciones de Seguros al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:

I. Ofrecer y celebrar contratos en relación a las operaciones autorizadas.

II. Determinar sobre bases técnicas, las primas netas de riesgo a fin de garantizar con un elevado grado de certidumbre, el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan con los asegurados.

III. Prever que las estipulaciones contenidas en la documentación contractual correspondiente a las diversas operaciones de seguro así como en la determinación del importe de las primas y extraprimas su devolución y pago de dividendos o bonificaciones, en caso de que se contrate ese beneficio, no den lugar a la disminución de la prima neta de riesgo;

(95) Ley Sobre el Contrato de Seguro, Op. Cit., Artículo 62, p. 53

IV. Indicar de manera clara y precisa en la documentación contractual el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad que se establezca en las coberturas o planes que ofrezca la institución de seguro, así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios.

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

2.3.2 Elementos personales

2.3.2.1 El asegurado

El autor GUILLERMO DE JESÙS SÀNCHEZ FLORES, lo ha definido como "la persona que celebra con una empresa aseguradora un contrato de seguro, esto es, la persona que contrata el seguro con la entidad aseguradora, comprometiéndose, entre otras cosas, al pago de las primas estipuladas y teniendo derecho, en su caso, al cobro de las indemnizaciones que se produzcan a consecuencia del siniestro."(96)

El asegurado tiene las siguientes obligaciones:

(96) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús, La Institución del Seguro en México, Op. Cit. p. 227

a) "Proceder con buena fe al declarar y describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, a fin de que la Aseguradora tenga la más completa información que le permita decidir sobre la aceptación o denegación del riesgo"(97)

b) 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 dar aviso a la institución aseguradora de la agravación del riesgo, o si el provocara una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Empresa Aseguradora, tal y como lo dispone el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

c) En los contratos de seguro contra daño, 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 Ley Sobre el Contrato de Seguro)

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

e) El contratante del seguro queda obligado a pagar la prima en su domicilio, si no hay estipulación expresa en contrato (artículo 31 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

f) Debe notificar el siniestro ocurrido, en un plazo máximo de 5 días (artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

g) Proporcionar cualquier tipo de información complementaria acerca de los

(97) Idem

hechos relacionados con el siniestro, cuando así lo solicite la empresa aseguradora (artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

h) El asegurado tiene el "Deber de Salvamento". Al ocurrir el siniestro tiene la obligación de ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño. Si no hay peligro en la demora, deberá pedir instrucciones a la empresa aseguradora, debiendo atenerse a las instrucciones que ésta le indique (artículo 113 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

i) El asegurado tiene el "Deber de invariabilidad", ya que el asegurado sin consentimiento de la empresa, estará impedido para variar el estado de las cosas, salvo que sea por razones del interés público o para evitar o disminuir el daño (artículo 114 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

j) "Ocurrido el siniestro, el asegurado deberá adoptar medidas de salvamento adecuadas para procurar la aminoración de las consecuencias del siniestro, sin variar el estado de las cosas."(98)

k) En el seguro de transporte terrestre, el asegurado no tendrá obligación de avisar la enajenación de la cosa asegurada ni de denunciar a la empresa la agravación del riesgo (artículo 144 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

2.3.2.2 El Beneficiario

"Es la persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen, juega un papel muy importante en los seguros sobre las personas"(99)

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 asegurador, La cláusula beneficiaria podrá comprender a totalidad o parte de los derechos derivados del seguro.

(98) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús, La Institución del Seguro en México, Op. Cit. p. 234
(99) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús, La Institución del Seguro en México, Op. Cit. p. 238

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado.

El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él, y además, lo comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora.

El beneficiario perderá todos sus derechos si atenta contra la persona del asegurado.

2.3.2.3 El Tercero dañado

El tercero dañado es quien ha sufrido un daño en su persona, en sus derechos, bienes o intereses, por causa de un siniestro.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro en su artículo 45 establece que "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".

El seguro atribuye el derecho a la indemnización directamente al tercero dañado, quien se considera el beneficiario del seguro desde el momento del siniestro.

Si el tercero es indemnizado en todo o en parte por el asegurado, éste deberá ser reembolsado proporcionalmente por la empresa.

Podrá constituirse el seguro a favor de una tercera persona expresando en la póliza el nombre y condiciones de la persona asegurada o determinándola de algún otro modo indudable.

2.3.3 El mentos Materiales

2.3.3.1 El Interés Asegurable

El Interés Asegurable "constituye el objeto del contrato y es considerado como un elemento del riesgo ya que sin interés no puede haber riesgo, su existencia es esencial para legitimar el contrato porque en el seguro de daños es la medida para la indemnización."(100)

El interés asegurado limita el alcance de los daños indemnizables, debiendo existir al tiempo de la celebración del contrato.

Se ha establecido que es "la relación entre un sujeto y un objeto amenazado por un hecho determinado, es decir, el interés asegurable depende de tres elementos: un bien, la relación jurídica con éste, y su exposición a un riesgo determinado."(101)

En el interés se debe valorar el grado de utilidad que representa para el sujeto, esto es, se debe determinar la medida de su valor, para así considerar el grado de utilidad para satisfacer una necesidad económica.

Para la determinación del interés asegurable, es necesaria la valuación correspondiente, y una vez obtenida la misma, se tomarán en cuenta las bases necesarias para fijar la suma asegurada correspondiente.

De la Ley Sobre el Contrato de Seguro, específicamente de sus artículos 42, 85, 86, 87, 92, 100, 114, 129, 130, 140 y 152, se desprende que el interés es la titularidad económica o el vínculo económico en virtud del cual la necesidad

(100) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús, La institución del Seguro en México, Op. Cit. p. 242
(101) Idem

Económica que provoca la producción del riesgo repercute desfavorablemente en un determinado patrimonio.

Para el Licenciado José de Jesús Martínez Gil, el interés asegurable consiste en "una relación entre la persona y el objeto del seguro capaz de hacer sufrir a aquella una pérdida financiera o económica en el caso de que ocurra la contingencia contra la que se ha asegurado. Desde el punto de vista técnico, la existencia del contrato sin interés asegurable produciría necesariamente un aumento de siniestralidad."(102)

Para fijar la indemnización del seguro se tendrá en cuenta el valor del interés asegurado en el momento de la realización del siniestro.

Para el tratadista Broseta Pont, citado por el autor Guillermo de Jesús Sánchez Flores, en su obre, La Institución del Seguro en México, establece que el interés asegurado "es la relación entre una persona (asegurado) y una cosa derecho o patrimonio (objeto asegurado) susceptible de valoración pecuniaria, dicha relación puede sufrir un daño por consecuencia de un evento o suceso determinado."(103)

Cuando se asegura una cosa ajena por el interés que en ella se tenga, se considerará que el contrato se celebra también en interés del dueño, pero éste no podrá beneficiarse del seguro, sino después de cubierto el interés del contratante y de haber restituido las primas pagadas. Así vemos que el contrato de seguro puede ser celebrado por quien, sin ser dueño, ésta expuesto a pérdida económica, teniendo por consecuencia, un interés asegurable.

(102) Martínez Gil José de Jesús, Op. Cit. p. 162
(103) Idem

2.3.3.2 Suma Asegurada

"Es el valor atribuido por el titular de un contrato de seguro de los bienes cubiertos por la póliza y cuyo importe es la cantidad máxima que el asegurador está obligado a pagar en caso de siniestro."(104)

La indemnización es el daño, como la suma asegurada es el valor asegurable. La empresa aseguradora responde solamente por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor real asegurado.

"En materia de seguros existen varios tipos de valores, entre los que encontramos:

a) Valor de reposición, que es la cantidad necesaria para reponer los bienes dañados por otros de igual clase y calidad, sin considerar depreciación por uso.
b) Valor real, es igual al valor de reposición, menos la depreciación efectiva por uso.
c) Valor convenido, es el valor de reposición, menos la depreciación efectiva por los efectos de la póliza."(105)

Si l valor asegurado sufriere una disminución esencial durante el curso del contrato, cada uno de los contratantes tendrá derecho a exigir la reducción correspondiente de la suma asegurada, en cuyo caso la prima sufrirá la reducción proporcional para los periodos posteriores del seguro.

"Si la suma asegurada es inferior al interés asegurado, la empresa responderá de manera proporcional al daño causado."(106)

(104) Sanhez Flores Octavio Guillermo de Jesús, La Institución del Seguro en México, Op. CIT. P. 249
(105) Idem
(106) Ley Sobre el Contrato de Seguro, Op. Cit. Artículo 92, p. 11

2.3.3.3 El siniestro

Se ha definido como la realización material del interés asegurado, esto es, el daño a los bienes asegurados por el evento señalado como riesgo en la póliza de seguro.

Es "un acontecimiento que, por causar los daños concretos previstos en la póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio, obligando a la entidad aseguradora a satisfacer, total o parcialmente, al asegurado o beneficiarios, el capital garantizado en el contrato."(107)

Para que la empresa aseguradora esté obligada a cumplir con el contrato de seguro debe comprobarse tanto la realización del acontecimiento o del siniestro, como que el bien asegurado resultó perdido o dañado, correspondiendo la carga de la prueba de la realización del siniestro al asegurado, pesando sobre la Compañía Aseguradora la prueba de que el siniestro ha sido causado por un riesgo excluido.

Los elementos que constituyen el siniestro son:

1) Elementos de hecho, o sea, la realización del evento temido, considerado en el contrato y las circunstancias concretas en que se produzca.
2) Elementos jurídicos, o sea, los límites del riesgo asumido, con los cuales deben coincidir las circunstancias concretas en que se realice el evento, para que el asegurador esté obligado a la prestación prometida.

2.3.3.4 La Indemnización

"Es el pago de la suma de dinero a que está obligada contractualmente la compañía aseguradora a consecuencia de la realización de un siniestro, y cuyo fin es

(107) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús, La Institución del Seguro en México, Op. Cit., p. 250

el de conseguir un resarcimiento económico en el patrimonio del asegurado o beneficiario afectado por la realización del mismo, bien a través de una sustitución de los objetos dañados o mediante la entrega de una cantidad equivalente a los bienes afectados, misma que no podrá exceder de la suma asegurada contratada ni del valor del objeto dañado al momento de realizarse el siniestro."(108)

El alcance de la obligación de indemnizar se determina por la clase de seguro, la medida del daño sufrido y el monto asegurado.

El pago de los daños se rige esencial y principalmente por el principio indemnizatorio. De acuerdo con él, el asegurado no puede obtener un lucro, sino sólo el resarcimiento del daño sufrido, aunque el monto asegurado sea mayor.

El objeto del seguro es indemnizar, es decir, resarcir al asegurado del daño o pérdida económicos que le haya causado la realización del suceso contra el cual se aseguró; debiendo pagarse esa indemnización de acuerdo con las disposiciones legales respectivas, de conformidad con lo estipulado en el contrato de seguro correspondiente.

Cabe señalar que tratándose de seguros sobre la vida, como no es posible determinar el valor indemnizable correspondiente a la muerte de una persona, la empresa aseguradora no se obliga propiamente a resarcir por el daño económico sufrido, sino a pagar la suma que aseguró para el caso de muerte.

En los seguros contra accidentes y enfermedades, la aseguradora tampoco indemniza por el daño económico sufrido a consecuencia del riesgo asegurado, sino que se obliga a rembolsar gastos médicos, a pagar cierta indemnización diaria, que

(108) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús, La Institución del Seguro en México, Op. Cit., p. 262

puede o no ser equivalente a o que el asegurado dejaría de ganar; y a cubrir ciertas prestaciones por pérdida de miembros o por incapacidades físicas.

En los seguros contra daños en propiedad, el contrato responde de acuerdo con sus términos y con lo establecido en el artículo 86 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Atendiendo a la naturaleza de cada clase de seguros, se pueden distinguir distintas formas de efectuar el pago de la indemnización:

1) Mediante la entrega de dinero (seguro de vida).
2) Mediante el reembolso de dinero (los seguros de gastos médicos)
3) Mediante la reparación de la cosa dañada (seguros de daños y de automóviles)
4) Mediante la sustitución del bien siniestrado
5) Mediante la prestación e un servicio.

2.4 Perf ccionamiento del Contrato de Seguro

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

De conformidad con lo establecido por la fracción I del artículo 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, "el contrato de seguro se perfecciona desde el momento en que el proponente (asegurado) tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta por la Empresa Aseguradora. Lo cual se hará mediante la expedición de documento en que declare su aceptación, ya sea la emisión de la póliza o el recibo de la prima, según sea el ramo que se contrate"(109)

(109) Sánchez Flores Guillermo de Jesús, Op. Cit. p.113

Asimismo la fracción II del artículo 21 antes señalado, 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 de contrato la emisión de la póliza y mucho menos la entrega de esta, sino que es suficiente que el solicitante o contratante tea conocimiento de la aceptación de su oferta, por parte de la Compañía Aseguradora, ya sea directamente o a través del agente promotor."(110)

Existe 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 primas antes de la aceptación expresa del seguro propuesto y si lo hacen, acostumbran expedir un recibo de "prima en depósito para aplicarse en caso de que sean aceptados los riesgos propuestos por el oferente." El problema en la práctica surge con la intervención de los agentes de seguros, quienes acostumbraban aceptar ofertas y recibir el pago de primas aun antes del conocimiento y aceptación de la empresa.

La aceptación expresa pude hacerse verbalmente, comunicándola personalmente al proponente, ya sea en forma directa en las oficinas de la compañía, ya sea mediante un intermediario, o bien por escrito.

Se ha establecido en el derecho mexicano, que la redacción por escrito del contrato de seguro constituye un requisito *ad probationem,* o *a solemnitatem,* ya que aunque se establece la constancia por escrito del contrato de seguro y de sus reformas y adiciones, ya sea en documento público o en privado el perfeccionamiento del contrato consensual y no puede sujetarse a la condición

(110) Citado por Sánchez Flores Guillermo de Jesús, Op. Cit. p.114

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. Resulta pues, esencial para la prueba del contrato, que éste redactado por escrito.

Revisando la tesis de los Tribunales Colegiados, encontramos una que nos permite encuadrar todo lo enunciado y que a continuación se cita:

> **"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 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 cales 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 medio 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 XII- Mayo, Pág. 421. Octavo Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito.

2.4 Anexo

2.4.1 Diferencias entre Fianza y Seguro

FIANZA	SEGURO
1) Cubre obligaciones contractuales asumidas voluntariamente es un contrato accesorio	Ampara por daños ajenos a la voluntad del asegurado es un contrato principal.
2) El cumplimiento o exigibilidad de la fianza obedece a una acción voluntaria del fiado	El siniestro ocurre por caso fortuito o fuerza mayor, no es por acción voluntaria del asegurado
3) Al ser exigible, la afianzadora puede cumplir la obligación o pagar	El siniestro es pagado en dinero generalmente
4) Cuando en una reclamación la afianzadora paga el monto de la fianza este debe recuperarse a traves del fiado u obligado(s) solidario(s) o ambos	Generalmente no se recupera lo pagado por un siniestro
5) Se cancela cuando se extingue la obligación principal	Puede cancelarse en cualquier momento
6) Es un contrato tripartito, fiado, beneficiario y fiador.	Es un contrato bipartito: asegurado y aseguradora
7) Juzgados civiles	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

2.4.2 Concepto de la fianza de empresa

La fianza es un Contrato por medio del cual una Institución de Fianzas legalmente autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se compromete a título oneroso (cobrando una prima), con un acreedor (beneficiario de la fianza) a cumplir la obligación de su deudor (fiado o afianzado) en caso de que éste no lo haga.

2.4.3 Clasificación de la fianza mercantil

La fianza mercantil o de empresa, según la obligación que garantiza se clasifica en cuatro ramos.

RAMO I

FIDEPLUS:

SECCIÓN I: Empleados administrativos, General, Tipo o nivel

SECCIÓN II: Obreros

SECCIÓN III: Vendedores, General, tipo o nivel, Puesto o persona

RAMO II

FIANZAS JUDICIALES:

EN MATERIA:

A) Civil
B) Familiar
C) Mercantil
D) De lo concursal
E) De arrendamiento inmobiliario
F) Penal
G) De amparo

RAMO III

FIANZAS DIVERSAS Y ADMINISTRATIVAS

CONCEPTOS:

A) Concursos y licitaciones
B) Contratos y pedidos
C) Arrendamiento puro
D) Aerolíneas
E) Interés Fiscal
F) Permisos y Autorizaciones

RAMO IV

FIANZAS DE CREDITO

MODALIDADES:

A) Para operaciones de compra-venta de bienes y servicios

B) Contratos de distribución mercantil

C) Ante PEMEX

D) Otras

2.4.4 Cuadro de diferencia entre fianza civil y fianza de empresa

FIANZA CIVIL	FIANZA DE EMPRESA
1) La otorga una persona física	La otorga una persona moral
2) Se otorga a titulo gratuito	Se expide a titulo oneroso
3) No hay formalidad	Existe formalidad
4) Se otorga en forma circunstancial (eventual)	Se otorga habitualmente
5) Se rige por el código civil	Se rige por la Ley Federal de Instituciones y Fianzas
6) El fiador goza de los beneficios de orden y excusión	La afianzadora renuncia a los beneficios de orden y exclusión
7) Juez civil	CONDUSEF

CAPITULO TERCERO

CAPITULO III

PROCEDIMIENTO EN LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN MATERIA DE SEGUROS

3.1 Reclamación 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 artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, podrán acudir ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, ya que la misma se encuentra facultada para actuar como conciliador entre las instituciones financieras y los usuarios, con el objeto de protege los intereses de estos últimos, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

El usuario deberá presentar dicha inconformidad, ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la cual podrá presentarse ya sea por comparecencia del afectado, en forma escrita o por cualquier otro medio idóneo, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 63 de la Ley de Protección y defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Presentada la inconformidad, la Comisión proporcionará al titular del contrato, beneficiarios y terceros afectados, orientación técnica y jurídica gratuita, con el fin de iniciar el trámite para la solución de la misma, tal y como lo disponen las fracciones I, II, III, IV y V del artículo 11 de la Ley de Protección y defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Este procedimiento e inconformidad se puede iniciar con la presentación de una Queja o una Reclamación.

3.1.1 La Queja

"La queja es 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."(111)

"El procedimiento a seguir para este tipo de inconformidad es el siguiente:

- El usuario deberá acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, ya sea personalmente o mediante la presentación de un escrito, para que dicha Comisión recaba una cédula que contenga los datos personales del quejoso, el nombre de la compañía aseguradora, el número de la póliza, la vigencia del contrato, número y fecha del siniestro, vigencia de la póliza, ramo del seguro y los pormenores de la queja.

- Una vez requisitada la cédula, se gestionará la queja ante la Institución, solicitándole la información correspondiente a la queja presentada. El resultado de dicha gestión deberá hacerse del conocimiento del quejoso (artículo 11 fracción XX de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros)

- Si no se obtiene una solución a los intereses del usuario, se le orientará para que se presente el escrito de reclamación."(112)

(111) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús, La Institución del Seguro en México, Op. Cit., p. 825
(112) Idem

3.1.2 La Reclamación

Es 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

- La reclamación puede presentarse como un procedimiento derivado de una queja previa, o de manera directa sin que haya una queja anterior.

- El escrito de reclamación debe contener de acuerdo a lo establecido por el artículo 63 de la Ley de Proteccion y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, los siguientes requisitos

    - Nombre y domicilio del reclamante, así como el domicilio para oír y recibir notificaciones.
    - Nombre y domicilio del representante o persona que promueve en su nombre, así como los autorizados por el usuario.
    - Descripción del servicio que se reclama y la relación sucinta de los hechos que motivan la reclamación, acompañándolo con los documentos pertinentes para acreditar los hechos.
    - Nombre de la Institución Financiera contra la que se formula la reclamación. La Comisión Nacional podrá solicitar a la Secretaría los datos necesarios para proceder a la identificación de la institución financiera, cuando la información proporcionada por el usuario no sea suficiente.
    - Documentación que ampare la contratación del servicio que origina la reclamación, el número de siniestro, las prestaciones reclamadas y la cuantificación de las mismas.

- Las autoridades deben contestar la solicitud que les formule la Comisión en un plazo de 10 días hábiles contados a partir de que se reciba la solicitud (artículo 64 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros).

- La reclamación deberá presentase en el término de 1 año de que se suscite el hecho que les dio origen (artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros).

"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, en el cual se señalará el día y la hora en que se celebrará la audiencia conciliatoria y se requiere a la citada institución Aseguradora la rendición de un informe, apercibiéndola que de no ocurrir el día y hora señalados para la celebración de la audiencia y que de no rendir el informe solicitado, se hará acreedora a las sanciones correspondientes."(113)

3.1.3 Junta de Conciliación

Esta etapa se llevará ante la Dirección General de Quejas, Conciliación y Arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, de conformidad con lo establecido por el artículo 19 fracción I del Reglamento Interior de dicho organismo, el cual establece:

> "ARTÍCULO 19.- Corresponde a la Dirección General de Quejas, Conciliacion y Arbitraje, el ejercicio de las siguientes atribuciones:
> I.- Brindar atención a las reclamaciones que presenten los Usuarios en contra de las Instituciones Financieras, así como tramitar los procedimientos de conciliación y arbitraje, en aso de que la Comisión Nacional sea designada árbitro por las partes de conformidad con lo dispuesto por los artículos 60 a 81 de la Ley..."

(113) Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús. La Institución del Seguro en México. Op. Cit., p. 829

Esta etapa tiene como finalidad la de tratar de conciliara a las partes a través de pláticas, evitar un juicio futuro y ordenar el registro del pasivo contingente, o en su caso de la reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir. La etapa de conciliación se llevará conforme a las reglas establecidas en el artículo 67 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, lo cual se hará de la siguiente manera:

- La Comisión correrá traslado a la Institución Aseguradora de la reclamación presentada en su contra dentro del término de 5 días hábiles siguientes a la fecha de recepción, anexando todos los elementos que el usuario hubiera aportado, y se señalará la fecha para la celebración de la junta de conciliación, apercibiéndola de sanción pecuniaria de cien a doscientos días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, en caso de no asistir a dicha audiencia (artículo 67 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros).

- La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros citará a las partes a una junta de conciliación que se realizará dentro de los 20 días siguientes a la fecha de recepción de la reclamación.

- El representante de la Aseguradora, deberá presentar un informe, antes o al momento de la junta de conciliación, en el que deberá responder de manera razonada todos y cada uno de los hechos de la reclamación, de lo contrario, se le solicitará que rinda un informe complementario a fin de esclarecer los hechos o situaciones por las que la Institución Aseguradora rechaza la reclamación correspondiente, teniendo que diferir la audiencia. La falta de presentación del informe, hará tener por cierto lo manifestado por el usuario, independientemente de las sanciones que deberá cumplir, dando por

concluida dicha audiencia el día señalado para su celebración, por no ser causa para suspender o diferir la junta referida.

> "ARTÌCULO 68.- En el caso de que el usuario presente reclamación ante la Comisión Nacional contra alguna Institución financiera, se deberá agotar el procedimiento conciliatorio, conforme a las siguientes reglas:
> I.- La Comisión Nacional citará a las parte a una audiencia de conciliación que realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación;
> II.- La institución financiera deberá por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
> III.- El informe señalado se responderá detalladamente y de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;
> IV.- La falta de presentación del informe, no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida y ésta deberá darse por concluida el día señalado para su celebración, salvo que por cualquier circunstancia, a juicio de la Comisión Nacional no pueda celebrarse en la fecha indicada, caso en el cual se deberá verificar dentro de los cinco días hábiles siguientes;
> V.- La falta de presentación del informe a que se refiere el párrafo anterior hará tener por cierto lo manifestado por el usuario, independientemente de las sanciones a que haya lugar de conformidad con lo señalado en esta Ley;
> VI.- La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la institución financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la institución financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional..."

- Concluida la junta de conciliación, y si las partes no llegaron a un acuerdo, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Aseguradora que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, dando aviso a la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y a la

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, según corresponda su supervisión.

- Tratándose de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se constituirá una reserva técnica especifica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada. Esta reserva o pasivo se podrá cancelar cuando se haya:

  - Decretado la caducidad de la instancia.
  - Sea procedente la preclusión.
  - Proceda la excepción superveniente de prescripción
  - Exista sentencia que haya causado ejecutoria en la que se absuelva a la institución
  - Se efectúe el pago.

- Si el apoderado de la Compañía de Seguros rechaza el arbitraje, o no asiste a la junta de conciliación, la Comisión Nacional podrá emitir un dictamen técnico-jurídico que contenga su opinión, siempre y cuando la procedencia del reclamo, a efecto de que el reclamante lo haga valer ante los Tribunales, o bien, el reclamante puede:

  a) Solicitar que se inicie el procedimiento sancionador por su incomparecencia y por no rendir el informe solicitado, pidiendo también que se difiera la audiencia; o
  b) Solicitar se dejen a salvo los derechos para hacerlos valer ante los Tribunales competentes.

- Si el usuario no acude a la junta de conciliación, y no presenta justificación alguna dentro de los 10 días siguientes a la fecha de la audiencia, se le

tendrá por desistido de su reclamación, y no podrá presentar otra por los mismos hechos.

Si en esta etapa se llega a un Convenio, el mismo se realizará ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, y será elevado a la categoría de sentencia ejecutoriada, tal y como lo dispone el artículo 80 de la Ley de Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, que a la letra dice:

> "Artículo 80.- Corresponde a la Comisión Nacional adoptar todas las medidas necesarias para el cumplimiento de los laudos dictados por la propia Comisión, así como de aquellos emitidos por los árbitros propuestos por ella, para lo cual mandará en su caso, que se pague a la persona en cuyo favor se hubiere emitido el laudo, o se le restituya el servicios financiero que demande.
>
> **Los convenios celebrados ante la Comisión Nacional tendrán el carácter de una sentencia ejecutoria."**

Esta etapa conciliatoria, según lo establece el artículo 136 de la Ley General de Instituciones de Sociedades Mutualistas de Seguros, **es obligatoria,** ya que establece que los tribunales no darán entrada a demanda alguna si no se demuestra haber agotado previamente el procedimiento conciliatorio.

> " Artículo 136.- En materia jurisdiccional:
> I.- Los tribunales no darán entrada a demanda alguna contra una empresa de seguros si el actor en ella no afirma bajo protesta de decir verdad, que ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se agotó el procedimiento conciliatorio..."

Lo que resulta una violación a las garantías constitucionales, específicamente el artículo 17 constitucional que contempla la garantía de administración de justicia pronta y expedita, y que a la letra dice:

"Artículo 17 Constitucional.- Ninguna persona podrá hacerse justicia por si misma, ni ejercer violencia para reclamar su derecho.

Toda persona tiene el derecho a que se administre justicia por tribunales que estarán expedidos para impartirla en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa e imparcial. Su servicio será gratuito, quedando, en consecuencia prohibida las costas judiciales.

Las leyes federales y locales establecerán los medios necesarios para que se garantice la independencia de los tribunales y la plena ejecución de sus resoluciones

Nadie puede ser aprisionado por deudas de carácter puramente civil."

Lo anterior es así, ya que si bien la etapa conciliatoria constituye una vía expedita que aligera la carga de trabajo de los asuntos que se ventilan ante la Comisión, o ante los Tribunales del orden común, también lo es que ésta debe ser **optativa** y no obligatoria, porque de lo contrario se limitan los derechos de los gobernados, ya que se estaría coartando su derecho a acudir a la Jurisdicción del Estado, en el caso concreto, a los tribunales, dado que si el usuario del seguro o la Institución Aseguradora desean resolver su conflicto ante los tribunales, no lo podrán hacer hasta haber agotado el procedimiento conciliatorio ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. A este respecto, nuestro más alto Tribunal ha sustentado diversos criterios jurisprudenciales, que apoyan y fundamentan la necesidad de derogar la fracción I del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, entre los que destacan los siguientes:

"SEGUROS, INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE LA FRACCIÓN I DEL ARTÍCULO 136 DE LA LEY QUE LAS REGULA, VIOLA EL ARTICULO 17 CONSTITUCIONAL, EN TANTO QUE ESTABECE LA OBLIGATORIEDAD DE AGOTAR UN PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO ANTES DE ACUDIR A LOS TRIBUNALES JUDICIALES.- Al disponer la fracción I del Artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que " Los tribunales no darán entrada a demanda alguna

contra una empresa de seguros, si el actor en ella no afirma bajo protesta de decir verdad, que ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se agotó el procedimiento conciliatorio a que se refiere la fracción I del artículo anterior", limita la garantía de administración de justicia pronta y expedita consagrada en el segundo párrafo del artículo 17 constitucional, ya que obliga a los gobernados que poseen una pretensión en contra de una institución o sociedad mutualista de seguros a agotar un procedimiento de conciliación ante dicha Comisión, que es un órgano administrativo que no ejerce formalmente funciones jurisdiccionales, e impone al actor la sanción adicional de pagar las costas del juicio si no actúa en los términos previstos en el citado precepto, y si bien dichos procedimientos alternativos de resolución de controversias constituyen vías expeditas que aligeran la carga de trabajo de la potestad común, **éstas deben ser optativas y no obligatorias, pues todos los gobernados tienen derecho a que e les administre justicia sin obstáculos o trabas,** lo que no acontece cuando el legislador establece etapas conciliatorias, no previstas en el texto constitucional, que deben agotarse obligatoria y necesariamente antes de acudir a los tribunales judiciales."

Localizable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Julio de 1997, Tomo VI, Pág. 18, amparo Directo en Revisión 1048/95, Unión de Crédito Agropecuario de Pequeños Productores del Norte de Zacatecas, S.A de C.V., Unanimidad de diez Votos.

"JUSTICIA PRONTA Y EXPEDITA, LA OBLIGATORIEDAD DE AGOTAR UN PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO, PREVIAMETE A ACUDIR ANTE LOS TRIBUNALES JUDICIALES, CONTRAVIENE LA GARANTIA PREVISTA EN EL ARTICULO 17 CONSTITUCIONAL.- El derecho fundamental contenido en el segundo párrafo del artículo 17e la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, adicionado por reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el diecisiete de marzo de mil novecientos ochenta y siete, garantiza que cualquier persona puede acudir ante los Tribunales y que éstos le administren justicia pronta y expedita, pues los conflictos que surjan entre los gobernados deben ser resueltos por un órgano del Estado facultad para ello, ante la prohibición de que los particulares se hagan justicia por si mismos. Ahora bien, este mandato constitucional no permite que, previamente a la solución que se dé a las controversias, los gobernados deban acudir obligatoriamente a instancias conciliatorias, ya que el derecho a la justicia que se consigna en éste, no puede ser menguado o contradicho por leyes secundarias federales o locales, sino únicamente por la propia Constitución, la que establece expresamente cuáles son las limitaciones a que están sujetas las garantías

individuales que ella otorga. Además, debe considerarse que la reserva de Ley en virtud de la cual el citado precepto constitucional señala que la justicia se administra en los plazos y términos que fijen las leyes, no debe interpretarse en el sentido de que se otorga al legislador la facultad para reglamentar el derecho a la justicia de manera discrecional sino que, con esta reglamentación, debe perseguir la consecución de sus fines, los que no se logran si entre el ejercicio del derecho y su obtención se establecen trabas o etapas previas no previstas en el texto constitucional; por lo tanto, si un ordenamiento secundario limita esa garantía, retardando o entorpeciendo indefinidamente la función de administrar justicia, estará en contravención con el precepto constitucional aludido".

Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, tomo VI, Julio de 1997, Pág. 15, Amparo en Revisión 1048/95. Unión de Crédito Agropecuario de Pequeños Productores del Norte de Zacatecas, S.A. DE C.V. 20 de marzo de 1997. Unanimidad de diez votos.

"ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA.- Cualquier disposición que tienda a impedir que se administre justicia, de acuerdo con las prevenciones de la Ley importa una violación del artículo 17 Constitucional.

Semanario Judicial de la Federación. Quinta Época, Tomo V. Pág 417. Pleno de la Corte, Gutiérrez Ildefonso, 1° de Septiembre de 1919, Unanimidad de diez votos.

De todo lo anterior se colige que conforme al artículo 17 Constitucional, los Tribunales deben estar siempre expedidos para administrar justicia, por lo que la disposición anticonstitucional que cierra las puertas de los tribunales, a los que presentan demandas de cualquier clase, están en pugna con la Constitución y no debe prevalecer.

Aunado a lo anterior, la reforma de la Ley de Protección y Defensa para los Usuarios de Servicios Financieros publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero del 2000, derogó el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, estableciendo que la etapa conciliatoria en materia de seguros deja de ser obligatoria, lo que demuestra aún más que debe

derogarse la fracción I del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para evitar contradicciones dentro del mismo ordenamiento, y sobre todo para salvaguardar los derechos de los gobernados, porque como ha quedado establecido con antelación, dicha fracción resulta inconstitucional. Reforma la anterior que en su parte final establece:

> "Se reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley de Protección y Defensa para los Usuarios de Servicios Financieros, Ley de Instituciones de Crédito, Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Ley Federal de Instituciones de Fianzas...
>
> TERCERO.- Se deroga el artículo 135 de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros."(114)

El artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros antes de ser derogado establecía:

> "Artículo 135.- En caso de reclamación contra una institución o sociedad mutualista de seguros con motivo de un contrato de seguros, deberá observarse lo siguiente:
>
> I.- Se deberá agotar el procedimiento conciliatorio, cumpliendo las reglas que a continuación se señalan:
>
> a) El reclamante presentará un escrito ante la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, con el que se correrá traslado a la empresa de que se trate.
>
> La presentación de la reclamación ante la Comisión interrumpirá el plazo legalmente establecido para la prescripción de la acción correspondiente.
>
> b) La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas requerirá a la empresa de seguros, para que, por conducto de un representante, rinda un informe por escrito que deberá presentarse con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la junta de avenencia a que se refiere esta

(114) Diario Oficial de la Federación. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Tomo DLVI. Número 3, cinco de enero del dos mil. Pag. 10

fracción, en el que responderá de manera razonada con respecto a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación; la falta de presentación del mismo, no podrá ser causa para suspender o diferir la referida junta y ésta deberá darse por concluida el día señalado para su celebración, salvo que por cualquier circunstancia a juicio de la propia Comisión, no pueda celebrarse en la fecha indicada, caso en el cual se deberá verificar dentro de los diez días hábiles siguientes. En caso de no presentar el informe, la empresa de seguros se hará acreedora a una sanción de cien a doscientos días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando así lo considere o a petición del reclamante, en la junta de avenencia correspondiente o dentro de los diez días hábiles siguientes a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la empresa para que en la nueva fecha presente el informe adicional. Si la empresa no presenta la información adicional se aplicará la sanción a que se refiere el párrafo anterior.

c) La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, al concluir la junta de avenencia a que se refiere el inciso d) de esta fracción, ordenará a la empresa de seguros que dentro de los diez días hábiles siguientes, constituya e invierta, conforme a esta Ley, una resera técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada;

d) La Comisión citará a las partes a una junta de avenencia que se realizará dentro de los veinte días hábiles, contados a partir de la fecha de recibo de la reclamación.

Si no comparece la reclamante, se entenderá que no desea la conciliación y que es su voluntad no someter sus diferencia al arbitraje de la Comisión.

Sino comparece la empresa de seguros, se hará acreedora a una multa de doscientos a trescientos días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, pudiéndose citar cuantas veces sea necesario, a menos que el reclamante hubiere solicitado que se dejen a salvo sus derechos, y su reincidencia se podrá castigar con una multa hasta del doble de la ya impuesta. Sin embargo, en la audiencia relativa, la empresa de seguros podrá argumentar la imposibilidad de conciliar y expresar su voluntad de no someter su diferencia al arbitraje.

La citada Comisión podrá abstenerse de ordena la constitución de la reserva señalada si a juicio, carece de elementos suficientes para fundamentar la procedencia de la reclamación.

El acuerdo que ordene o no la constitución de la reserva, no prejuzga la procedencia de la reclamación.

En caso de que en la junta de avenencia se dejen a salvo los derechos del reclamante, éste deberá acreditar a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dentro de los 120 días naturales siguientes, haber presentado su demanda y en caso de no

hacerlo, la empresa de seguros podrá cancelar, bajo su responsabilidad, la constitución de la reserva técnica específica. La empresa de seguros deberá reconstituir esta reserva dentro de los diez días hábiles siguientes al en que se le emplace a juicio.

En el supuesto a que se refiere el párrafo segundo de este inciso, la Comisión podrá abstenerse de ordenar la constitución de reserva a que se refiere el inciso c) de esta fracción, la cual se constituirá hasta que el reclamante acredite haber presentado la demanda ante los tribunales.

La empresa de seguros podrá cancelar la reserva técnica específica cuando haya sido decretada la caducidad de la instancia, la preclusión, haya sido procedente la excepción superveniente de prescripción o exista sentencia que haya casado ejecutoria, en la que se absuelva a la empresa de seguro. También podrá cancelarla cuando haya efectuado el pago.

En los supuesto anteriores se deberá dar aviso a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, acompañando el documento que acredite tal circunstancia;

e) En la junta de avenencia se exhortará a las partes a conciliar sus interese, y si esto no fuere posible, la Comisión las invitará a que voluntariamente y de común acuerdo la designen árbitro, sea en amigable composición o en juicio arbitral de estricto derecho, a elección de la misma. El compromiso correspondiente se hará constar en acta que al efecto se levante ante la citada Comisión.

f) Las Delegaciones Regionales de la Comisión tramitarán el procedimientos conciliatorio y, en su caso, el procedimiento arbitral escogido por las partes, hasta la formulación del proyecto del laudo.

II.- En el convenio que fundamente el juicio arbitral de estricto derecho, 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 especifica, de común acuerdo y previa opinión de la Comisión, las situaciones y puntos motivo de controversia, estableciéndose las etapas, formalidades o término a que se sujetará el arbitraje;

III.- En el convenio que fundamente el juicio arbitral de estricto derecho, las partes facultarán a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a resolver la controversia planteada con estricto apego a las disposiciones legales aplicables y determinarán las etapas, formalidades y términos a que se sujetará el arbitraje, los cuales no excederán de los siguientes plazos;

a) Nueve días para la presentación de la demanda, contados a partir del día siguiente al de la celebración del compromiso; y el plazo para producir la contestación, contado a partir del día siguiente a aquél en que surta efectos la notificación, debiendo acompañar a dichos escritos el documento o documentos en que se funden la acción y las excepciones y defensas correspondientes y aquellos que puedan servir como prueba a su favor en el juicio. Sólo les serán admitidos los que presentaren con posterioridad, conforme a lo previsto en el Código de Comercio.

b) Contestada la demanda o transcurrido el término para hacerlo, se dictará auto abriendo el juicio a prueba durante un plazo de cuarenta días, de lo cuales los primeros diez serán para su ofrecimiento y los treinta restantes para su desahogo. En todo caso, se tendrán como pruebas todas las constancias que integren el expediente, aunque no hayan sido ofrecidas por las partes.

   Los exhortos y oficios se entregarán a la parte que haya ofrecido la prueba correspondiente para que los haga llegar a su destino. La oferente de la prueba tendrá la obligación de gestionar su diligencia; y

c) Diez días comunes a las partes para formular alegatos.

   Una vez concluidos los términos fijados, sin necesidad de que se acuse rebeldía, seguirá su curso el procedimiento y se tendrá por perdido el derecho que debió ejercitarse, salvo en caso que no se presente la demanda, supuesto en el que se dejarán a salvo los derechos del reclamante.

Los términos serán improrrogables, se computarán en días hábiles en todo caso, empezarán a contarse a partir del día siguiente a aquél en que surtan efectos las notificaciones respectivas.

Se aplicará supletoriamente el Código de Comercio, a excepción del artículo 1235 y a falta de disposición en dicho Código, se aplicarán las del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, a excepción del artículo 617.

III Bis.- En caso de que no exista promoción de parte por un lapso de más de 90 días, contado a partir de la notificación de la última actuación, operará la caducidad de la instancia.

IV.- La Comisión tendrá la facultad de allegarse de todos los elementos del juicio que estime necesarios para resolver las cuestiones que se le hayan sometido en arbitraje. Para tal efecto podrá valerse de cualquier persona, sea parte o tercero, y de cualquier cosa o documento, ya sea que pertenezca a las partes o a un tercero, sin más limitaciones que Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de que las prueba no estén prohibidas por la Ley ni sean contrarias a la moral. Las autoridades administrativas, así como los tribunales deberán auxiliarle, en la esfera de su competencia.

IV bis.- Derogada

V.- El laudo, así como las resoluciones que pongan fin a los incidentes de ejecución, sólo admitirá como medio de defensa el juicio de amparo.

Lo anterior sin perjuicio de que las partes soliciten aclaración del laudo, dentro de las setenta y dos horas siguientes a su notificación, cuando a su juicio exista error de cálculo, de copia, tipográfico o de naturaleza similar, sin que la misma sea considerada como un recurso de carácter procesal o administrativo.

Todas las demás resoluciones que conforme al Código de Comercio admitan apelación o revocación, podrán impugnarse en el juicio arbitral mediante el recurso de revocación

VI.- Derogada

VII.- El laudo que condene a una empresa de seguros le otorgarán un plazo de quince días hábiles de la notificación para su cumplimiento.

VIII.- Corresponde a la Comisión la ejecución del laudo que se pronuncié, para lo cual mandará, en su caso, que se pague a la persona en cuyo favor hubiere dictado el laudo, con cargo a la reserva constituida e invertida en los términos de la fracción I de este artículo. En caso de negativa u omisión, la Comisión en un plazo máximo de 5 días hábiles, ordenará el remate de los valores invertidos conforme a esta ley y si ellos estuvieran considerados en las reservas de la empresa de seguros, ésta deberá reponerlos de acuerdo a lo que legalmente se establece para la reconstitución de las reservas.

Los convenios celebrados ante la propia Comisión tendrán el carácter de una sentencia ejecutoria y podrán ser ejecutados por la misma, en términos de esta fracción.

IX.- Si alguna de las partes no estuviera de acuerdo en designar árbitro a la Comisión el reclamante podrá ocurrir desde luego ante los tribunales competentes."

3.1.4 Juicio Arbitral

- Si en la junta de conciliación las partes no llegan a un acuerdo, la Comisión Nacional las invitará a que de común acuerdo designen un árbitro. Este procedimiento se tramitará ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros por conducto de la Dirección General de Quejas, Conciliación y Arbitraje.

- El procedimiento arbitral de estricto derecho se sujeta a los plazos y bases contemplados en el artículo 75 de la Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, que a la letra dice:

"Artículo 75.- El procedimiento arbitral de estricto derecho se sujetará como mínimo a los plazos y bases siguientes:

I. La demanda deberá presentarse dentro del plazo que voluntariamente hayan acordado las partes, el cual no podrá

exceder de nueve días hábiles; a falta de acuerdo entre ellas, dentro de los seis días hábiles siguientes a la celebración del convenio, debiendo el actor acompañar al escrito la

documentación en que se funde la acción y las pruebas que puedan servir a su favor en el juicio o en su caso ofrecerlas;

II. La contestación a la demanda deberá presentarse dentro del plazo que voluntariamente hayan acordado las partes, el cual no podrá exceder de nueve días hábiles; a falta de acuerdo entre ellas, dentro de los seis días hábiles siguientes a la notificación de la misma debiendo el demandado acompañar a dicho escrito la documentación en que se funden las excepciones y defensas correspondientes, así como las pruebas que puedan servir a su favor en el juicio o en su caso ofrecerlas;

III. Salvo convenio expreso de las partes, contestada la demanda o transcurrido el plazo para hacerlo, se dictará auto abriendo el juicio a un período de prueba de quince días hábiles, de los cuales los cinco primeros serán para ofrecer aquellas pruebas que tiendan a desvirtuar las ofrecidas por el demandado y los diez restantes para el desahogo de todas las pruebas. Cuando a juicio del árbitro y atendiendo a la naturaleza de las pruebas resulte insuficiente el mencionado plazo, éste podrá ser ampliado por una sola vez. Concluido el plazo o la prórroga otorgada por el árbitro, sólo les serán admitidas las pruebas supervenientes, conforme a lo previsto en el Código de Comercio; Se tendrá además como pruebas todas las constancias que integren el expediente, aunque no hayan sido ofrecidas por las partes;

IV. Los exhortos y oficios se entregarán a la parte que haya ofrecido la prueba correspondiente, para que los haga llegar a su destino, para lo cual tendrá la carga de gestionar su diligenciación con la debida prontitud. En este caso cuando a juicio del árbitro no se desahoguen las pruebas por causas imputables al oferente, se le tendrá por desistido del derecho que se pretende ejercer;

V. Ocho días comunes a las partes para formular alegatos;

VI. Una vez concluidos los términos fijados, sin necesidad de que se acuse rebeldía, el procedimiento seguirá su curso y se tendrá por perdido el derecho que debió ejercitarse, salvo en caso de que no se presente la demanda, supuesto en el que se dejarán a salvo los derechos del reclamante;

VII. Los términos serán improrrogables, se computarán en días hábiles y, en todo caso, empezarán a contarse a partir del día siguiente a aquél en que surtan efectos las notificaciones respectivas;

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 Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, a excepción del artículo 617; y

IX. En caso de que no exista promoción de las partes por un lapso de más de sesenta días, contado a partir de la notificación de la última actuación, operará la caducidad de la instancia."

- El arbitraje por las partes seguirá la forma de un juicio ordinario mercantil, debiendo las partes y el árbitro atender primeramente a los pactado por las partes en el compromiso arbitral, así como a lo previsto en el artículo antes transcrito, aplicando supletoriamente el Código de Comercio y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, a excepción de los artículos mencionados en la fracción VIII del artículo 75 de la Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, toda vez que se pretende agilizar el procedimiento y en atención a la equidad que debe haber entre las partes dentro de un proceso.

- En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo los derechos para que los haga valer ante los Tribunales.

3.2 Procedimiento ante los Tribunales

Agotada o no agotada la etapa conciliatoria ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o habiendo o no

solicitado los servicios del Defensor del Asegurado, las partes podrán acudir ante los Tribunales competentes, ya sean del fuero Común o del fuero Federal en la vía Ordinaria Mercantil, para exigir el cumplimiento de las obligaciones contraídas en el contrato de seguro.

Lo anterior tiene su fundamento en el artículo 1377 del Código de Comercio, ya que establece que todas las contiendas entre las partes que no tengan señalada n l Código tramitación especial, se ventilarán dentro de un juicio ordinario.

3.2.1 Juicio Ordinario

Toda contienda judicial iniciará con un escrito de demanda, que deberá cumplir con todos los requisitos establecidos en los artículos 1061 y 1378 del Código de Com rcio.

De acuerdo con las reforma que se proponen en este trabajo de investigación y que se verá más adelante, el asegurado en caso de no haber agotado el procedimiento conciliatorio contemplado en el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, deberá solicitar al Juez dentro del escrito inicial de demanda que como medida precautoria ordene a la Institución de Seguros la constitución de la reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir, con la finalidad de garantizar el cumplimiento del contrato de seguro, y no dejar en estado de indefensión al usuario, para lo cual no será necesario que el Juez tenga que solicitar a otra autoridad diversa, como lo es la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, para que ordenen a la Compañía de Seguros la constitución de la reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir, toda vez que dicha autoridad judicial contará con la facultad de ordenar a la Institución de Seguros la constitución de la reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir, desde el momento en que las partes acudan a juicio.

Asimismo, dentro del escrito inicial de demanda el actor (asegurado), a su propia elección podrá solicitar al Juez dentro de su capítulo de prestaciones ya sea el pago de la indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro de acuerdo a la reforma que se propone en este trabajo, o bien el pago de daños y perjuicios ocasionados por la falta de cumplimiento oportuno de la obligación contraída, en el entendido de que los daños y perjuicios deber ser acreditados de manera autónoma de la acción principal, mientras que la indemnización propuesta será procedente habiendo acreditado la acción principal, sin tenerla que acreditar de manera independiente, ya que basta con que se dé el incumplimiento al contrato de seguro para que se genere dicha indemnización, tal y como se analizará más adelante.

En esta tesitura, y de acuerdo a las reformas que propongo, el Juez dentro del auto admisorio de demanda deberá ordenar la medida cautelar solicitada por el promovente, contando con las facultades necesarias para hacerlo, en virtud de haberse derogado el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Una vez emplazada la Compañía de Seguros y constituida la reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir, el Juez informará de dicha situación a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros a fin de que realicen las anotaciones respectivas.

Emplazada a juicio, la demandada podrá dar contestación a la demanda instaurada en su contra, cumpliendo con todos los requisitos señalados por los artículos 1061 y 1378 del Código de Comercio. En dicha contestación de demanda se harán valer simultáneamente las excepciones que tenga el demandado, cualquiera que sea su naturaleza.

Contestada la demanda, se mandará recibir el juicio a prueba, no pudiendo exceder de cuarenta días, los cuales los diez primeros serán para el ofrecimiento

de las pruebas y los treinta restantes para el desahogo de las mismas. Las pruebas deberán desahogarse dentro de los términos y prórrogas que se autorizan.

Concluido el término probatorio, se pondrán los autos a la vista de las partes para que dentro del término común de tres días produzcan sus alegatos, y transcurrido dicho plazo, el tribunal de oficio citará a las partes para oír la sentencia definitiva.

En este juicio la actividad jurisdiccional llegará hasta declarar ejecutoria la sentencia, pero la cumplimentación y ejecución de la misma, ya sea para el pago de la suerte principal y de los intereses moratorios se tendrá que llevar conforme a los establecido en el siguiente apartado.

3.2.2 Ejecución de Sentencias

Si la sentencia fuere condenatoria para la Institución de Seguros, el Juez le ordenará que dentro del término concedido para ello realice el pago de lo condenado.

En caso de negativa por parte de la Aseguradora el pago de la condena, ya sea tanto de la suerte principal, como de los intereses, se procederá de la siguiente manera:

- Se solicitará al Juzgador que dirija oficio a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, acompañándolo de una copia certificada de la Sentencia o resolución que haya resuelto el conflicto, copia del auto por el que se declare que ha causado ejecutoria la sentencia emitida por el juzgador, y copia del auto por medio del cual se haya requerido el pago de lo condenado.

- Recibido el oficio por la Comisión Nacional, procederá a dar vista y a requerir a la Institución de Seguros para que acredite el pago, o para que lo efectúe

CAPITULO CUARTO

CAPITULO IV

INDEMNIZACIÓN POR INCUMPLIMIENTO EN EL CONTRATO DE SEGURO EN CASO DE CONTROVERSIA JUDICIAL.

La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, así como la Ley Sobre el contrato de Seguro, regulan las diferentes condiciones por las cuales las Compañías Aseguradoras tienen la obligación de cubrir los gastos conforme a la eventualidad, o en su caso, cumplir con el contrato de seguro, por tanto, estas leyes contemplan las formas y los procedimientos por medio de los cuales se puede hacer exigible dicha obligación.

Actualmente encontramos que diversos funcionarios de Compañías Aseguradoras, observan a los juicios o las controversias judiciales como beneficios o negocios para las citadas Instituciones de Seguros, ya que en una controversia judicial el resultado depende de muchos factores, como son las pruebas, el criterio del Juez, la habilidad de los abogados, y no necesariamente de la **obligación que tiene la Compañía Aseguradora de cumplir con la finalidad del contrato de seguro,** y si la Compañía Aseguradora obtiene una resolución desfavorable en un juicio, en ningún momento resiente afectación alguna, por que con la reserva, o en su caso, con la partida contable en donde se registra la misma cumple sus compromisos, mientras que por otro lado, si la Compañía Aseguradora obtiene un resultado favorable en un juicio, lejos de tener una afectación, tiene un beneficio siendo éste el del contrato de seguro, las primas, y en su caso, los intereses producto de la constitución de la reserva, en caso de haberla depositado ante el Banco del Ahorro Nacional y Seguros Financieros, S.N.C., por lo que ante estos supuestos, las Compañías Aseguradoras prefieren negar el pago de la suma asegurada, a cumplir con la obligación contraída en el Contrato de Seguro, ya que de esta forma, pueden obtener más beneficios que perjuicios, por lo que ante esa actitud, se pierde la finalidad del contrato de seguro. Por tal motivo se debe evitar

ese tipo de prácticas, que atentan directamente a la Institución del Contrato de Seguro y afectan los intereses de los asegurados.

Tan es así, que al presentarse la reclamación ante una Compañía Aseguradora para los efectos de pago, por concepto de la indemnización, dicha Institución de Seguros antes de tomar la decisión referente a cumplir con la obligación, valora las consecuencias de dicho cumplimiento o incumplimiento, así como las ventajas y desventajas en una controversia judicial, por lo que al valorarse éstas, llega a la conclusión de que en sí no le afecta mucho el hecho de no realizar el pago de la suma asegurada, por tanto opta por negar el cumplimiento de su obligación, motivando con ello que los asegurados acudan a la vía judicial para resolver la controversia.

Pero si la legislación que nos rige, y que en este caso nos ocupa contemplase o regulase alguna sanción o penalización para el caso de que una Compañía Aseguradora no cumpliese con la obligación contraída en el contrato como por ejemplo en el caso del cheque, en donde el librador del mismo se hace acreedor a una penalización que en ningún caso será menor del 20% del valor del título, a fin de resarcir los daños y perjuicios que se pudieran ocasionar al tenedor del mismo al haberlo presentado en tiempo y no habérsele pagado por causas imputable al librador, como lo establece el artículo 193 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito, por lo menos se evitarían prácticas en contra las finalidades del contrato de seguro, porque en su caso la Compañía Aseguradora valoraría más detalladamente el hecho de negar el pago de la suma asegurada, y por ende, tener que sujetarse a una controversia judicial.

4.1 La Reserva

4.1.1 Definición y Tipos de Reserva

Actualmente la Ley obliga a las Compañías Aseguradoras, a constituir las provisiones económicas denominadas reservas; a través de depósitos que se constituyen mediante las reglas generales que emite la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, las que sirven para hacer frente al pago de obligaciones a un asegurado, cuando el mismo se derive de alguna de las hipótesis previstas en el artículo 50 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Es importante destacar que de igual forma el mismo artículo 50 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, establece claramente la forma en que se deben utilizar las reservas técnicas para obligaciones pendientes de cumplir, ya que con las mismas, las Compañías de Seguros deben pagar únicamente los siniestros ocurridos, así como los gastos de ajustes asignados al siniestro.

Ahora bien, hemos considerado que las Compañías de Seguros deben de cubrir la penalización por incumplimiento del contrato, y como la misma forma parte del siniestro ni de los gastos de ajuste del mismo, se propone que la cantidad que deba pagar la Compañía de Seguros por este concepto, no salga de los fondos constituidos de la reserva, sino que el ago sea de una partida contable diferente, ya que con esto se protegería la intención del legislador de que no se disminuyan las reservas, toda vez que están destinadas a un fin específico, y que por otro lado el pago de la penalización propuesta, a través de la reserva sería en beneficio de la Compañía responsable.

Ahora bien, la reserva es el sistema técnico económico del que se valen las compañías de seguros para la proyección temporal de los riesgos por ella asumidos.(116)

(116) Martínez Gil, José de Jesús, Manual Teórico y Práctico de Seguros, Tercera Edición, Edit. Porrúa, México, 1995, pág.257

Las reservas técnicas son previsiones económicas que cualquier Compañía Aseguradora debe realizar, con la finalidad de hacer frente a las obligaciones futuras que llegare a adquirir.

El Licenciado Palacios Bermúdez establece que "los fondos o reservas son constituidos con las aportaciones de los asegurados"(117) , y que por tanto "la función de las Empresas Aseguradoras consiste en transformar las primas recaudadas en sumas aseguradas, asumiendo los riesgos inherentes a esa transformación. Asumen el riesgo de que el fondo de las primas no baste para proveer los capitales y rentas pagaderas a los asegurados, tanto en el caso de que los siniestros superen a las previsiones, como en el caso de que el fondo de las primas no produzca el interés supuesto en el cálculo de las tarifas, y asumen además el riesgo de que la parte adicional de la prima bruta no base para pagar los gastos de la propia administración. Cubren estos riesgos eventuales con el capital de fundación o con las reservas ordinarias que, a diferencia de lo que ocurre en otras empresas industriales, no se emplean en el ejercicio, sino que se tienen aporte con fines de garantía."(118)

Las primas que los asegurados pagan de antemano por un año como en los seguros contra incendios, o por toda la vida, como en los seguros de rentas vitalicias, las administra y emplea la empresa en pagar los capitales asegurados. Pero al final de cada ejercicio anual no puede considerarse como una ganancia la diferencia entre los capitales pagados y las primas relativas a los riesgos de aquel ejercicio. No puede considerarse como una ganancia la parte de las primas que se refieren a los ejercicios futuros, si quiere hacer frente a las deudas futuras con el dinero ya suministrado por los asegurados, es necesarios que al final de cada ejercicio ponga en reserva la parte de las primas recaudadas que deben hacer frente a los siniestros futuros.(119)

Por tanto, la reserva es el órgano indispensable para transformar las primas

(117) Palacios Bermúdez Roberto, Diccionario de Legislación de Seguros, Cuarta Edición, Edit. Galache, S.A., México 1979, p.190 y 191
(118) Idem
(119) Idem

en capitales asegurados, para acumularlos y hacerlos en forma que sean suficientes, con sus intereses compuestos, para pagar los capitales asegurados, sin tocar el patrimonio de la empresa.

El artículo 46 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros establece la obligación que tiene toda entidad Aseguradora de constituir las reservas técnicas, ya que a la letra dice:

> "Artículo 46.- Las Instituciones de seguros deberán constituir las siguientes reservas técnicas.
> I.- Reserva de riesgos en curso
> **II.- Reservas para obligaciones pendientes de cumplir**
> III.- (se deroga)
> IV.- Las demás previstas en la ley."

En el caso que nos ocupa nos enfocaremos principalmente en las reservas para obligaciones pendientes de cumplir, ya que la hipótesis sobre la cual se desarrolla esta propuesta, encuadra dentro del supuesto contenido en la fracción I del artículo 50 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, como se verá más adelante. Esta reserva deberá permanecer constituida hasta en tanto se determine la procedencia o no de la reclamación.

El importe total de las reservas debe mantenerse en las regiones del activo de las Instituciones, determinado por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, tal y como lo establece el artículo 57 de la multirreferida Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.(120)

Es importante señalar que las Instituciones de Seguros deben depositar el efectivo, título o valores registrados como parte de las reservas técnicas, en las

(120) Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros)
(121) Sánchez Flores Guillermo de Jesús, Op. Cit. P. 842

formas, términos e instituciones que determine la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, que por lo general es ante el Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros, S.N.C.

4.1.2 Constitución de la Reserva.

La reserva tiene como finalidad garantizar el pago de la prestación reclamada en el caso de que una Institución Aseguradora se niegue a efectuar el pago una vez condenada, y así el asegurado pueda disponer de la misma.(121)

Actualmente, en caso de que la Compañía Aseguradora se niegue a realizar el pago, el asegurado no podrá dispones de la reserva y así darse por pagado, ya que la misma en la mayoría de los casos sólo se registra dentro de una partida contable de la Compañía de Seguros, sin que se deposite ante El Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros, S.N.C; por tanto, en este caso el Juez solicitará a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros para que a su vez ésta solicite a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que remate valores propiedad de la Aseguradora que basten para cubrir la cantidad adeudada, tal y como lo dispone el artículo 83 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y el artículo 136 fracción III de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro.

El artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros establece el momento en que debe ser constituida la reserva, ya que a la letra dice:

> "Artículo 68.-...Fracción X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, dando aviso de ello, en su caso, a las Comisiones Nacionales a la que corresponda su supervisión. Ese registro contable podrá ser

> cancelado por la Institución Financiera, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley.
>
> **En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la orden mencionada en el primer párrafo de esta fracción, se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica especifica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada."**

De tal forma que sí en la audiencia de conciliación las partes no llegan a un acuerdo, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros ordenará a la Empresa Aseguradora que constituya una reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir, a fin de garantizar al asegurado el pago de su indemnización en caso de comprobarse la procedencia de la reclamación. Pero ¿qué pasa si el asegurado no agota el procedimiento conciliatorio y acude directamente ante la autoridad judicial para dirimir la controversia?, en este caso el juez de primer grado, debería estar facultado para que ordene a la Institución de Seguros la constitución de la reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir, sin tener que solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros que ordene a la Empresa Aseguradora que constituya la reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir, en cuyo caso tal situación deberá hacerse del conocimiento tanto de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, como de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, sin necesidad de que esta Comisión la que ordene a la Empresa Aseguradora la Constitución de la reserva técnica, por lo que deberá reformarse en lo conducente el articulo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y así facultar al juez para ordenar la constitución de la reserva para obligaciones pendientes de cumplir.

Por otro lado, cabe aclarar que el hecho de ordenar la constitución de la reserva no prejuzga la procedencia de la reclamación, ya que ésta se determinará hasta la conclusión del procedimiento arbitral o en su caso judicial, por tanto, no se puede considerar que la constitución de la reserva sea violatoria de las garantías individuales de la Institución Aseguradora, de ser oído y vencido en juicio, ya que sólo se trata de una medida precautoria cuya finalidad es garantizar al asegurado el pago de la prestación reclamada, si es que resultara ésta procedente.

Aunado a lo anterior, es de señalar que al ser de orden público el servicio que prestan las aseguradoras en términos el artículo 29 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, no es susceptible de suspenderse en el juicio de garantías la orden de constitución e inversión de la reserva técnica, ya que de concederse tal medida se causaría perjuicio al interés social, contraviniendo disposiciones de orden público, pugnando con lo que dispone la fracción II del artículo 124 de la Ley de Amparo, toda vez que la propia sociedad es la interesada en que las aseguradoras se organicen y funcionen en los términos que establece la ley, y que cuenten con los medios necesarios para encauzar el manejo de sus recursos.(122)

Tomando en consideración que nuestro trabajo de investigación se enfoca en las reservas para obligaciones pendientes de cumplir, debemos considerar que el artículo 55 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros deberán constituir las reservas técnicas para obligaciones pendientes de cumplir en los términos establecidos en las fracciones II y III del artículo 50 de la misma ley, ya que éste último estatuye lo siguiente:

> **Artículo 50.-** Las reservas para obligaciones pendientes de cumplir serán:

(122) Sánchez Flores Guillermo de Jesús, Op. Cit. P. 837 y 854

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 se realizará con métodos actuariales basados en la aplicación de estándares generalmente aceptados. Las instituciones de seguros deberán registrar dichos métodos ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de acuerdo a las disposiciones de carácter general que al efecto emita la propia Comisión. 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;

d) (Se deroga).

e) Para los seguros de pensiones, derivados de las leyes de seguridad social, el monto de las rentas que estén vencidas y no se hayan cobrado.

Las reservas a que se refieren los incisos a), b), c) y e) de esta fracción, deberán constituirse inmediatamente después de que se hayan hecho las estimaciones correspondientes.

La Comisión Nacional Bancaria y de Seguros podrá, en cualquier momento, abocarse de oficio al conocimiento de un siniestro y mandar constituir e invertir 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 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 esta Ley, la reserva se calculará teniendo en cuenta los intereses acumulados.

Así, de la interpretación del artículo 50 y 55 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se desprende la intención del legislador para que las Instituciones aseguradoras crearan un fondo de reserva de las obligaciones pendientes de cumplir, a fin de garantizar a los beneficiarios el pago de las sumas de dinero que legalmente les correspondan, sin mayor trámite.

La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros es la que solicita a la Institución de Seguros la constitución de la reserva, para lo cual deberá de tener en cuenta lo siguiente:

1) La reclamación no debe tener elementos suficientes para considerarla infundada.
2) El monto de la reserva no deberá exceder de la suma asegurada contratada.
3) La reserva deberá ser constituida en un término de diez días hábiles contados a partir de la fecha en que se recibió el oficio, ordenando la constitución de la reserva a la fecha en que se recibió la reclamación,

debiendo la Aseguradora registrar dicha reserva en la partida contable respectiva.

4) La Institución Aseguradora debe acreditar a la Dirección de Vigilancia de Seguros de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, haber constituido la reserva antes referida.
5) La reserva formará parte de la base de inversión de la Institución aseguradora, debiendo invertirse de conformidad con lo establecido en las reglas para la inversión de las reservas técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
6) Se ha considerado que en caso de no constituir la reserva ordenada, la aseguradora se hará acreedora de la sanción establecida en el artículo 139 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros debiendo establecer que si las empresas de seguros no cumplen con las obligaciones establecidas en los artículos 50 y 55 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, con respecto a la reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, se harán acreedoras a las sanciones ahí mismo establecidas.(123)

El artículo 139 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros a la letra dice:

"Artículo 139.- Las sanciones correspondientes a las infracciones previstas en esta Ley, así como a las disposiciones de que ella emanen, serán impuestas administrativamente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de acuerdo a lo siguiente:

I.- (Se deroga).

II.-Multa de 1500 a 5000 días de salario, por violación al artículo 20 de esta Ley. En este caso la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas la impondrá al propietario y a cada uno de los administradores o miembros del consejo de administración, directores o gerentes del establecimiento o de la sociedad, y además,

(123) Sánchez Flores Guillermo de Jesús, Op. Cit. P 841

será clausurado administrativamente por dicha Comisión hasta que el nombre, denominación o razón social sea cambiado;

III. Pérdida de la participación del capital de que se trate en favor del Gobierno Federal, cuando se viole lo dispuesto en el último párrafo de la fracción I Bis del artículo 29 de esta Ley;

IV.- Multa por el importe equivalente al quince por ciento del valor de las acciones que excedan del porcentaje autorizado o de las acciones con que se participe en la Asamblea, según sea el caso, conforme a la valuación que de esas mismas acciones se haga de acuerdo con lo previsto en la fraccion tercera del artículo 99 de esta Ley, a las personas que infringiendo lo dispuesto en las fracciones I, I Bis y II del artículo 29 y los artículos 33-G y 33-H de la misma Ley, lleguen a ser propietarias de acciones de una institución de seguros de cualquier tipo o de una de las sociedades controladoras a que se refiere la fracción III del artículo 29 en exceso de los porcentajes autorizados, así como los que al participar en las Asambleas incurran en falsedad al buscar las manifestaciones a que se refieren los incisos a) y b) de la fracción III del citado artículo.

En este caso los infractores tendrán un plazo de tres meses contado a partir de la imposición de la referida multa para corregir tal situación, vencido el cual, si no lo han hecho, podrá imponérseles nueva sanción por tres tantos del importe de la multa anterior. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá seguir imponiendo multas sucesivas al infractor por tres tantos de la multa que antecede, cuantas veces, vencidos plazos iguales al señalado, deje de corregir la situación irregular;

IV Bis.- Multa por el importe equivalente del uno al quince por ciento del valor de la emisión de obligaciones subordinadas, cuando no se obtenga previamente la autorización prevista por el artículo 35, fracción XIII Bis, inciso b), de esta Ley;

IV Bis-1.- Multa por el importe equivalente del uno al quince por ciento del monto del financiamiento convenido con el reasegurador cuando no se obtenga previamente la autorización prevista por el artículo 35, fracción I Bis, inciso a), o se viole lo dispuesto por el artículo 62, fracción II Bis, de esta Ley;

IV Bis-2.- Multa por el importe equivalente del uno al diez por ciento del monto del financiamiento concedido en violación a lo previsto por el artículo 62, fracción II Bis-1;

V.-Multa de 1500 a 5000 días de salario, o la pérdida de su cargo, según la gravedad del caso, a los notarios, registradores o corredores que autoricen las escrituras o que inscriban actas en que se consigne alguna operación de las que esta Ley prohíbe expresamente, o para celebrar aquéllas para las cuales no esté facultado alguno de los otorgantes;

VI.-Multa por la violación por parte de las instituciones o sociedades mutualistas de seguros, de las normas de la presente Ley conforme a lo siguiente:

a) Cuando las infracciones no tengan una sanción específica y consistan en realizar operaciones prohibidas o en exceder los porcentajes o montos máximos determinados por esta Ley, así como en no mantener los porcentajes o montos mínimos que se exigen, serán sancionadas con multa que se determinará sobre el importe de la operación y sobre el exceso o el defecto de los porcentajes o montos fijados, respectivamente, sin exceder del 4% de las reservas correspondientes o del capital pagado o fondo social cuando el porcentaje o monto no se refiera a aquéllas o se trate de operaciones prohibidas, y

b) Cuando las infracciones no puedan determinarse conforme al párrafo anterior, se castigarán con multa hasta del 1% del capital pagado o fondo social de la institución o sociedad mutualista de seguros;

VII.-Multa de 100 a 8000 días de salario a la institución de seguros, a sus empleados o a los agentes de seguros que en alguna forma ofrezcan o hagan descuentos o reducción de primas u otorguen algún otro beneficio no estipulado en la póliza, como aliciente para tomar o conservar un contrato de seguro;

VIII.- Multa de 1000 a 8000 de salario, independientemente de las responsabilidades civiles o penales en que incurran, a los Agentes de Seguros o funcionarios o empleados de una institución o sociedad mutualista de seguros, que proporcionen datos falsos o detrimentes adversos, respecto a las instituciones o sociedades mutualistas de seguros o en cualquier forma hicieren competencia desleal a instituciones o sociedades mutualistas de seguros;

IX.- Multa de 1000 a 5000 días de salario, independientemente de las responsabilidades civiles o penales en que incurran, a los auditores externos independientes que oculten, omitan o disimulen datos importantes en los informes y dictámenes a que se refiere el artículo 105 de esta Ley, o falseen los mismos;

IX Bis.- Multa de 200 a 1000 días de salario, a los auditores externos independientes que en la èmisión de sus dictámenes o informes no se apeguen a las disposiciones de esta Ley y a las que de ella emanen, o cuando el contenido de los citados dictámenes o informes sea inexacto por causa de negligencia o dolo;

IX Bis-1.- Multa de 200 a 1500 días de salario al consejero independiente de una institución de seguros, que actúe en las sesiones del respectivo consejo de administración en contravención a la presente Ley o a las disposiciones que emanen de ella;

IX Bis-2.- Multa de 200 a 1500 días de salario al contralor normativo de una institución de seguros, que no lleve a cabo sus funciones conforme lo establece la presente Ley. Igual sanción se impondrá a la institución que por cualquier medio impida que el contralor normativo realice sus funciones de conformidad a lo previsto en esta Ley;

IX Bis-3.- Multa de 200 a 1500 días de salario, al actuario que, conforme al artículo 36-D, fracción I, inciso b) y fracción II, inciso b), de esta Ley, firme la nota técnica sin apegarse a lo dispuesto por las disposiciones legales aplicables;

IX Bis-4.- Multa de 200 a 1500 días de salario, a quien suscriba el dictamen jurídico a que se refiere el artículo 36-D, fracción I, inciso c), de esta Ley, sin apegarse a dicho precepto o cuando el contenido del citado dictamen sea inexacto por causa de negligencia o dolo;

IX Bis-5.- Multa de 200 a 1500 días de salario tanto al actuario como al abogado de la institución que emitan los análisis de congruencia a que se refieren el artículo 36-D, fracción I, inciso d) y fracción II, inciso c), cuando el contenido de dichos análisis sea inexacto por causa de negligencia o dolo;

X.- Multa de 1000 a 5000 días de salario, a las instituciones o sociedades mutualistas de seguros u oficinas de representación de entidades reaseguradoras del extranjero, a los agentes de seguros y a los intermediarios de reaseguro, por la propaganda o publicación que hagan en contravención a lo dispuesto por el artículo 71 de esta Ley;

XI.- Multa de 500 a 2500 días de salario, a la persona que actúe como agente de seguros, intermediario de reaseguro, ajustador de seguros, representante de una entidad reaseguradora del exterior o sociedad a que se refiere el artículo 69 Bis de esta Ley, que opere sin

la autorización correspondiente. La misma multa se impondrá a los directores, gerentes, miembros del consejo de administración, representantes y apoderados de agentes de seguros, de intermediarios de reaseguro persona moral o sociedad a que se refiere el citado artículo 69 Bis, que operen como tales sin la autorización que exige esta Ley.

Multa de 500 a 2500 días de salario, al agente de seguros, intermediario de reaseguro, ajustador de seguros, representante de una entidad reaseguradora del exterior o sociedad a que se refiere el artículo 69 Bis de esta Ley, que al amparo de su autorización permitan que un tercero realice las actividades que les están reservadas.

A las instituciones de seguros que celebren operaciones con la intervención de personas que se ostenten como agentes de seguros,

intermediarios de reaseguro, ajustadores de seguros, representantes de una entidad reaseguradora del exterior o sociedad a que se refiere el artículo 69 Bis de esta Ley, sin estar autorizados para actuar como tales, se les aplicará una multa de 500 a 8000 días de salario;

XII.- Multa de 1000 a 8000 días de salario por operar con documentación contractual o nota técnica distintas a las presentadas con sus productos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas;

XIII.- Multa de 1000 a 8000 días de salario, por operar con productos sin registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en los términos del artículo 36-D de esta Ley;

XIV.-Multa de 500 a 5000 días de salario, por emitir pólizas en moneda extranjera en contravención a las reglas correspondiente;

XV.-Multa de 250 a 2500 días de salario, a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros que en forma extemporánea realicen el registro contable de sus operaciones;

XVI.-Multa de 300 a 5000 días de salario, a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros que realicen el registro de sus operaciones y resultados en cuentas que no correspondan conforme al catálogo de cuentas autorizado;

XVII.- Multa de 500 a 8000 días de salario, a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros por la falta de presentación o

presentación extemporánea de los informes y documentación a que se refiere el artículo 105 de esta Ley;

XVIII.-Multa de 200 a 2000 días de salario, a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros por la falta de presentación o presentación extemporánea de los informes y documentación a que se refiere el artículo 107 de esta Ley;

XIX.- (Se deroga).

XX.- (Se deroga).

XXI.-Multa de 200 a 5000 días de salario, si las disposiciones violadas de esta Ley, así como a las que de ella emanen, no tienen sanción especialmente señalada en la misma.

Si se tratare de una institución o sociedad mutualista de seguros o un agente de seguros o de reaseguro persona moral, la multa se podrá imponer tanto a dicha institución o sociedad mutualista de seguros o al agente de seguros o de reaseguro persona moral, como cada uno de los consejeros, directores. administradores, comisarios, funcionarios, apoderados, agentes o empleados que resulten autores o responsables de la infracción.

4.1.3 Cancelación de la Reserva

Es importante mencionar que el artículo 72 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, establece que las instituciones Financieras pueden cancelar la reserva cuando:

- Se haya decretado la caducidad de la instancia,
- La preclusión haya sido procedente,
- Proceda la excepción superveniente de prescripción,
- Exista sentencia que haya causado ejecutoria en la que se absuelva a la institución, o
- Cuando haya efectuado el pago al usuario.

4.2 Dif rencia con la indemnización por Mora

En este apartado diferenciaremos la indemnización por mora contemplada en el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y la indemnización por el incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial que se propone en este trabajo, esto con la finalidad de que no se confundan ambas indemnizaciones y que no se considere como un doble pago por el mismo concepto.

La MORA es la expresión que significa retraso en el cumplimiento de una obligación, por tanto es una conducta antijuridica que implica la violación del deber específico impuesto en e contrato en orden al tiempo de su ejecución, ocasionando un perjuicio al patrimonio del acreedor.(124)

En materia de seguros, la mora puede afectar tanto al asegurado como al asegurador, produciendo diversas consecuencias; por ejemplo, el asegurado se puede ver afectado en el pago de la prima, el seguro reducido y el plazo de gracia, el asegurador se ve afectado en tato que la indemnización se incrementa por los intereses legales y los intereses producto de la reserva para obligaciones pendientes de cumplir.(125)

Para poder diferenciar con mayor facilidad la indemnización por mora y la indemnización por el incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial, es importante precisar el momento exacto en el que se general cuando la empresa no cumple con la obligación contenida en el contrato de seguro al momento de hacerse exigible la misma, y hasta en tanto se efectúe el pago.

(124) Bustamante Alsina Jorge. Responsabilidad Civil y otros Estudios, Doctrina y Comentario de Jurisprudencia Tomo I. Edit. Abeledo-Perrot, Buenos Aires, Argentina, 1984, p. 301
(125) Idem

El artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece el momento en el que **vence** el crédito que resulte del contrato de seguro, ya que a la letra dice:

> "Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.
>
> Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio."

Al respecto, nuestro más alto Tribunal ha sustentado diversos criterios, en los que establece que los intereses moratorios deben computarse a partir de la fecha en la que concluyen los treinta días a que se refiere el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, como ejemplo podemos citar los siguientes:

> **"SEGURO, CONTRATO DE, CUMPLIMIENTO, MOMENTO EN QUE COMIENZA A COMPUTARSE EL TÉRMINO DE 30 DIAS QUE PREVIENE EL ARTÍCULO 71 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.** Conforme a la recta interpretación de los artículo 66, 68, 70 yn71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, pueden establecerse dos momentos diversos en que empieza a correr el término de treinta días para el vencimiento del crédito que resulte del contrato de seguro a que se refiere el invocado artículo 71; el primero, las informaciones y documentos que le permitan conocer las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo, a través de sus propios investigadores o ajustadores; el segundo, cuando en ejercicio del derecho que le confiere el artículo 69 citado, exige y obtiene del asegurado, del beneficiario o de los apoderados de ambos, los informe y documentos complementarios. Obviamente, en el primer caso el término de treinta días empieza a correr desde la fecha en que la empresa recibe el aviso de haber realizado la eventualidad prevista y del derecho constituido a favor del asegurado por virtud de su contrato de seguro, sin necesidad, entonces, de que la asegurada tenga obligación de informar o de entregar documentos sin requerimiento de parte; y en el segundo, desde la fecha en que la empresa haya recibido los informes y documentos previamente y en términos legales hubiera requerido de la asegurada, estándose en este caso a lo previsto en las citadas

disposiciones legales cuando haya habido incumplimiento del asegurado, del beneficiario o de los representantes de ambos, de entregar a la primera tales documentos e informes, razón por la cual, en el párrafo segundo del citado artículo 71, se establece que será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio."

Segunda Sala, Séptima Época, Semanario Judicial de la Federación, Tomo 28, tercera parte, Pág. 117, Amparo en Revisión 5386/69. Droguería Veracruzana, S.A. 26 de abril de 1971, cinco votos, ponente Jorge Caracho Álvarez.

"SEGUROS DE VIDA, INTERESES MORATORIOS.- Los intereses moratorios deben computarse a partir de la fecha en la que concluyen los 30 días a que se refiere el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que dice:"Articulo 71. El crédito que resulte el contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por al empresa o comprobado en juicio."

Primer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, Séptima Época, Amparo en revisión 270/75. Aseguradora Hidalgo, S.A. 19 de agosto de 1975, pág. 75, y que a la letra dice:

"SEGURO, CONTRATO DE INDEMNIZACIÓN, DERECHO DEL ASEGURADO A RECLAMARLA, MOMENTO EN QUE NACE. El derecho del asegurado a reclamar el crédito que deriva del contrato de seguro nace en el momento de efectuarse la eventualidad prevista en el mencionado contrato, en los términos de los artículo 1°, 1 y 122 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro."

Segunda Sala, Séptima Época, Semanario Judicial de la Federación, Tomo 28, Tercera parte, pág. 118 Amparo en revisión 5386/69, Droguería Veracruzana, S.A. 26 de abril de 1971, cinco votos, ponente Jorge Caracho Álvarez.

Apoyado en esos criterios, el profesor GUILLERMO DE JESÚS SÁNCHEZ FLORES, establece algunos de los supuestos para determinar la fecha a partir de la cual es exigible la obligación, mismos que a continuaciones transcriben:

a) Si de las constancias de autos se desprende que la actora entregó a la demandada toda la documentación necesaria que le permitía conocer el fundamento de la reclamación y la referida demandada recibió dicha documentación, se deberá de tomar como fecha de inicio del término a que se refiere el artículo 71 de la Ley

Sobre el Contrato de Seguro, la fecha en que la actora entregó la documentación necesaria para la tramitación de su reclamación a la demandada, venciendo el crédito derivado del mismo treinta días después, es decir, se tomará como fecha a partir de la cual es exigible la obligación, la de un día después de que vencieron los treinta días en que la demandada haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

b)Si de las constancia de autos **no** se desprende la fecha en que la aseguradora recibió los documentos e informes que le permitian conocer el fundamento de la reclamación, se deberá de tomar, la fecha de presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional, como inicio del término a que se refiere el artículo71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, venciendo el crédito derivado del mismo treinta días después, es decir, se tomará como fecha a partir de la cual es exigible la obligación la de un día después de que vencieron los treinta días en que la demandada haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

c) Sí de las constancias de autos se desprende que la demandada **negó** el pago de la reclamación, tomado en cuenta de que si la decisión de la demandada fue en tal sentido, es porque contaba con los elementos e informaciones que le permitieron conocer el fundamento de la reclamación, se deberá calcular un día después de que vencieron los treinta días en que la demandada negó el pago de la reclamación."(126)

(126) Sánchez Flores Guillermo de Jesús. La Institución del Seguro en México. Op. Cit. pág 903

Cabe señalar que el cálculo de los intereses moratorios en materia de seguros cuenta con un trámite especial, contenido en el artículo 135Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, mismo que establece lo siguiente:

Artículo 135 BIS

Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada meses en que exista mora;

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio uno de los que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación

principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes, y

VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

4.3 Diferencia con los Daños y Perjuicios

En este apartado diferenciaremos la indemnización por el incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial que se propone, con los daños y perjuicios contemplados en el Código Civil.

Un principio general del derecho establece que todo aquel que cause un daño a otro, ya sea intencionalmente, por descuido o negligencia, es responsable de las consecuencias dañosas que la victima haya sufrido, y tiene la obligación de repararlo.

"En la antigua Roma, en el año 287 a.C., en los comicios de la plebe y a propuesta del tribuno Aquilio se dictó una ley que tenía por objeto regular la reparación del daño causado a otro. Su objeto era ilimitado: se refería a los hechos de matar o herir a un esclavo o animal, o destruir o deteriorar una cosa. Se le conoce conocía como *Lex Aquilia,* misma que consta de tres capítulos. Este cuerpo legal consagra el principio que matar injustamente es matar sin derecho; por tanto, quien mata para escapar a un peligro que de otra forma no pediese eludir, está exento de responsabilidad. Este concepto es el germen de la legítima defensa...El daño por deterioro, robo, incendio, etc., lo considera sólo con relación a los esclavos, animales que pasen en rebaños y objetos materiales y determina su indemnización. Desde su antecedente remoto en el derecho romano, a través del Código Napoleón, la obligación de indemnizar el daño fue acogida por las legislaciones de los países del aérea latina, y también por México."(127)

La doctrina, la legislación y la jurisprudencia han considerado que se debe indemnizar tanto el daño emergente y el lucro cesante. Se denomina *daño*

(127) Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO, Tomo II, Edit. Porrúa, S.A., México, 1993, p. 811 Y 812
(128) Idem

emergente a la perdida sufrida, evaluable con toda certeza; y *lucro cesante* a la ganancia que se dejó de obtener por causa del evento dañoso y que hubiese sido percibida, dentro de un cálculo razonable de probabilidades.(128)

El concepto de daño está generalmente relacionado con el de *perjuicio,* ya que todo daño, entendido como deterioro, destrucción, o sufrimiento provoca un perjuicio, o sea, una pérdida patrimonial. El Código Civil para el Distrito Federal hace una distinción entre estos dos conceptos, ya que establece en sus artículos 2108 y 2109 lo siguiente:

> "Artículo 2108.- Se entiende por daño la perdida o menoscabo sufrido en el patrimonio por la falta de cumplimiento de una obligación."
>
> "Artículo 2109.- Se reputa perjuicio la privación de cualquier ganancia ilícita que debiera haberse obtenido con el cumplimiento de la obligación."

De tal forma que el Código Civil del Distrito Federal, en la materia de la responsabilidad civil contractual, distingue claramente los efectos del incumplimiento, separando el concepto de daño, de la idea de perjuicio, tan es así que el artículo 1915 del mismo Código Civil para el Distrito Federal, otorga la facultad al ofendido de elegir entre la restitución del daño o la reparación del mismo, y además la obligación de indemnizar que surge no sólo por el hecho del incumplimiento de un contrato, sino también como consecuencia de todo daño que se cause por hechos ilícitos.

Cabe señalar que la responsabilidad civil que surge con la obligación de indemnizar los daños y perjuicios, puede derivar de fuentes contractuales, de una declaración unilateral de voluntad, de un hecho ilícito, de un delito o de un mandato legal por causas objetivas. En el caso de los Contratos de seguros, la obligación de indemnizar tiene origen contractual, ya que como lo establece el artículo 2110 del Código Civil, los daños y perjuicios deben ser consecuencia inmediata y directa de la

falta de cumplimiento de la obligación con lo que se establece una relación de causalidad necesaria entre el hecho del incumplimiento y los perjuicios generados.(129)

Para que sea susceptible de ser indemnizado, el daño deber reunir una serie de requisitos, debe ser *cierto,* tanto en existencia como en cuantía; *efectivo,* lo que implica la necesidad de probar su existencia, prueba que suele ser rigurosa, total, plena y evidente; *individualizado,* pudiendo afectar a cualquier tipo de bienes y derechos, tanto materiales como personales o incluso morales.(130)

Así mismo, el autor José Luis Concepción Rodríguez, considera que "el daño debe ser real en su existencia y en su cuantía. Incumbiendo al demandante que lo alega la prueba de ambos extremos, debiendo acreditar el primero de ellos en la fase probatoria del pleito, que no es bastante para que exista daño, probar el incumplimiento de una obligación, porque el mismo no lleva consigo en todos los supuestos, la producción de un daño; y que la apreciación del daño, de su existencia y de su alcance, es cuestión de hecho reservada al arbitrio del Tribunal sentenciador.(131)

El demandante debe siempre probar los daños y demostrar que los mismos fueron consecuencia del acto negligente de la compañía aseguradora, y no de otra causa independiente.

En los casos de negligencia, la doctrina reconoce la posibilidad de distintas clases de daños, y por ende de indemnizaciones, como son:

- La *indemnización de hecho,* misma que es acordada por la autoridad en compensación de las pérdidas verdaderas o reales o por las injurias sufridas por el demandante.

(129) Idem
(130) Enciclopedia Jurídica Básica, Volumen II, Edit. Civitas, España, 1995 p.3973
(131) Concepción Rodríguez José Luis, Derecho de Daños segunda edición, Barcelona, España, 1999, Edit. Bosh, p. 73

- La *indemnización por daños verdaderos*, en ocasiones *recibe el nombre de daños compensatorios o generales*, y es donde no existe una sustancial pérdida o injuria que deba ser compensada, pero en que la Ley todavía reconoce una invasión técnica de los derechos del demandante, y por tanto, puede concederse como indemnización, una suma muy baja, casi simbólica.

- Los *Daños especiales* son aquellos que siendo verdaderos no son necesariamente consecuencia directa de las injurias objeto de litigio.

- Daños *punitivos o ejemplares* son los que se han incrementado en cierta cuantía por encima de los daños verdaderos sufridos por el demandante debido a que los hechos dañosos fueron agravados por circunstancias de violencia, fraude o malicia por parte del demandado.

Cuando se celebra un contrato de seguro, las partes se obligan contractualmente única y exclusivamente en los términos y condiciones que las mismas convinieron, sin embargo, es raro que se ejercite una acción por el pago de daños y perjuicios en contra de una compañía aseguradora, y cuando sucede, las compañías se excepcionan diciendo que dichos riesgos no se encuentran cubiertos, lo cual si bien es cierto hasta cierto punto, también lo es que lo que se tomo en cuenta es que cuando se demandan daños y perjuicios se hace con base en la ley y no en el contrato, por tanto se trata de una responsabilidad contractual, misma que debe ser probada ante los tribunales, situación que es muy difícil llevar a cabo, y por tanto de las prestaciones reclamadas, dejando completamente desamparados a los asegurados.

Al respecto, el Licenciado José de Jesús Martínez Gill manifiesta: "...es tiempo ya de que se ponga un alto a los abuso que cometen muchas compañías de seguros al manejar irresponsable, inadecuada y deshonestamente reclamaciones que causen verdaderos daños y perjuicios a los asegurados, por ejemplo, y para citar uno de los

muchos casos que se presentan día a día, basta señalar que si un asegurado ha perdido su negocio por un robo o un incendio, y el ajuste de la empresa, a pesar de haber sido entregada toda la documentación oportunamente por el asegurado, no se termina o ésta ha sido deficiente, y la compañía indebidamente niega el pago, ocasiona con ellos fuertes daños y perjuicios al asegurado, como pueden ser el nuevo valor de la maquinaria, de la materia prima, de la construcción de inmuebles perdidos, es decir, el sobreprecio que el asegurado tendrá que pagar de más por el incumplimiento oportuno de las obligaciones de la compañía aseguradora."(132)

Por todo lo expuesto con anterioridad, se concluye que la diferencia entre la indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial, y los daños y perjuicios que se pueden reclamar ante los Tribunales como una responsabilidad extracontractual, radica, en que la indemnización propuesta en este trabajo se encuentra determinada por un porcentaje, y basta que se acredite que se actualiza la hipótesis en cuestión, para que sea procedente el cobro de la indemnización reclamada, lo que resulta más fácil y rápido de acreditar en comparación de los daños y perjuicios ya que éstos dependen de muchos otros factores, que en ocasiones son de carácter subjetivo, que los hacen más difíciles de comprobar.

Cabe señalar que en caso de que el asegurado decida solicitar al juez el pago de los daños y perjuicios ocasionados por el incumplimiento, no podrá también solicitar que se le pague la indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro que se propone en este trabajo, ya que ésta indemnización es una sanción para la Aseguradora por el incumplimiento en el contrato de seguro, y con la finalidad de compensar al asegurado por los posibles daños y perjuicios que se le pudieran haber ocasionado, por tanto, el asegurado tendrá la opción de decidir si prefiere

(132) Martínez Gil, José de Jesús, Op. Cit., p. 115

cobrar la indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro que e propone en esta investigación, o bien, solicitar al Juez de primera instancia que condene al demandado al pago de los daños y perjuicios solicitados cuando el interesado haya probado fehacientemente dichos daños y perjuicios.

4.4 Diferencia con la Pena Convencional

Dentro de este apartado diferenciaremos la pena convencional contemplada en el artículo 1840 del Código Civil y la indemnización por el incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial que se propone en este trabajo de investigación; a fin de entender mejor la propuesta que se plantea en esta tesis comenzaremos por decir que la pena convencional es la disposición que las partes pueden añadir al contrato, en virtud de la cual establezcan el pago de cierta prestación, como condena para el caso de que la obligación no resulte satisfecha de la manera convenida.

"En el derecho romano, la *stipulatio poenae,* tenía por objeto vincular obligatoriamente al deudor al pago de una cantidad previamente determinada para el caso de que la prestación debida no fuera pagada a su vencimiento. En el supuesto del incumplimiento, el acreedor tenía a su favor la acción directa para reclamar el pago de la cantidad fijada de antemano como pena, y para ello le bastaba acreditar simplemente el incumplimiento de la contraría. Si no, de todas formas conservaba su acción expedita para demandar el cumplimiento tardío de la prestación, y en todo caso, el pago de los daños y perjuicios ocasionados."(133)

El artículo 1840 del Código Civil establece que los contratantes pueden estipular cierta prestación como pena para el caso de que la obligación no se cumpla o se cumpla de manera distinta a la prevenida. **Ello es consecuencia de la facultad**

(133) Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional

que tienen los contratantes para estipular en sus negocios jurídico todas aquellas cláusulas que consideren convenientes, con las limitaciones que d la misma l y derivan. Aclarando que de estipularse esta pena, no se podrán reclamar además los daños y perjuicios, ya que sustituye la prevención legal de los mismos. En tal virtud, al establecerse en el contrato una pena convencional, dispense a los contratantes de probar la comisión de los daños y perjuicios causados, ya que como lo establece el artículo 1842 del Código Civil, el acreedor no está obligado a probar que los ha sufrido, bastando con el incumplimiento o la demora en la realización del pago.

De tal forma que la pena convencional, permite el aseguramiento de la prestación debida en virtud de una estipulación sancionatoria que es legítima, ya que mantiene sus bases en la obligación ya generada, y por la que se ha efectuado una contraprestación. Por tanto, esta figura tiene un carácter sancionatorio que garantiza al acreedor una mayor probabilidad en el pago puntual de la obligación.

La diferencia con la indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial, radica en que la pena convencional es acordada por las partes, ya que surge como consecuencia de la facultad que tienen las mismas para poder estipular en sus contratos todo tipo de cláusulas que consideren convenientes, siempre y cuando estén permitidas por la ley, mientras que la indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial que se propone, es una sanción que tendrá su fundamento en la ley de la materia, y que por lo mismo tendrá observancia obligatoria, siempre que se dé un incumplimiento en el contrato de seguro, y que por ende, conlleve a una controversia judicial para dirimir el conflicto, sin necesidad que las partes estipulen dicha sanción dentro del contrato respectivo.

4.5 P´rdida de la finalidad del Contrato de Seguro

Desde su origen la finalidad del seguro fue la **ayuda mutua**, ya que el mismo surge ante la necesidad de disminuir los riesgos a que se exponían las mercancías que se trasladaba de un lugar a otro, obligando a los propietarios de dichas mercancías a unirse a través de mutualidades, creando fondos compuestos por las aportaciones de los integrantes del grupo para enfrentar y proteger las posibles pérdidas.

Así pues el principio indemnizatorio del contrato de seguro afirma que la finalidad de dicho contrato consiste en dejar al asegurado en las mismas condiciones económicas anteriores a la prestación del evento asegurado Otorgando cierta tranquilidad respecto de sus bienes, pertenencias o inclusive su salud, pues las Compañías Aseguradoras garantizaban que en caso de alguna eventualidad cumplirían con el resarcimiento de la pérdida.

Sin embargo, actualmente observamos que se ha perdido la finalidad de dicho contrato, ya que en la práctica los contratos de seguros se han convertido en **negocio** para las Compañías Aseguradoras, quienes para obtener un lucro, se niegan a cubrir los gastos derivados de un siniestro, basándose en las diversas confusiones que se pueden presentar al interpretar el contrato de seguro, o la misma ley, ya que los abogados de dichas Instituciones de Seguros pretenden manejar las normas jurídicas a su conveniencia, a los intereses de la Aseguradora, librándose de esta forma de la obligación contraída en el contrato de seguro, perdiéndose así por completo la finalidad del contrato de seguro, razón por la cual consideramos que se debe poner un alto a este tipo de prácticas con las que se dejan en completo estado de indefensión al asegurado, debiéndose recoger por principales objetivos que motivaron el surgimiento del contrato de seguro.

4.6 Reformas que se proponen.

Con base en todo lo expuesto a lo largo de este capítulo, es por lo que resulta necesario reformar la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros así como la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, a efecto de que se contemple la Indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial, que se propone en este trabajo de investigación, y así evitar que se deje en estado de indefensión al asegurado, salvaguardando su derecho y obligaciones.

De tal forma que las reformas y/o adiciones que se proponen en este apartado, son las siguientes:

1) Primeramente se debe reformar la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, a efecto de que se contemple la indemnización al asegurado por incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial, que se propone en este trabajo de investigación, y asi evitar que se le deje en estado de indefensión salvaguardando sus derechos y obligaciones, por tanto, se propone reformas el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, a fin de distinguir claramente la indemnización por mora que actualmente contempla este artículo, de la indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial que se propone, ya que la reacción del articulo antes mencionado, puede llegar a mal interpretarse, porque confunde ambos conceptos. Cabe señalar que la reforma al artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros además de distinguir ambas indemnizaciones, también contemplaría la forma en la que se calcularía la indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial que se propone, que sería por una

cantidad equivalente al 20% de la suma asegurada. Lo anterior se considera así por ser la forma más justa para las partes. Cabe señalar que esta indemnización podrá ser reclamada en cantidad liquida por el asegurado desde el inicio del juicio, dentro de su escrito de demanda, sin tener que tramitar un incidente especial de ejecución de sentencia que retrase aún más el pago de la obligación a cargo de la Aseguradora, sino que el propio Juez, dentro de su sentencia, podrá condenar a la Aseguradora a una cantidad liquida y exigible por concepto de *indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro en caso de controversia judicial,* otorgándole al asegurado la garantía de poder cobrar su dinero a la brevedad posible, sin tener que esperar más de seis meses hasta que se resuelva el incidente de ejecución de sentencia respectivo, por tanto, esta opción de una solución pronta a las necesidades económicas por las que atraviesa el asegurado después de haber ocurrido un siniestro. Por tanto, la reforma que se propone es la siguiente:

"Artículo 135 Bis.- La empresa aseguradora deberá pagar una indemnización al asegurado en los siguientes casos:

A) Sí la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, y resultara procedente la acción intentada por l acreedor en contra de la Institución Aseguradora al obtener sentencia favorable, deberá la empresa de seguros pagar al asegurado una indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro. La indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro será por una cantidad igual a la equivalente al 20% de la suma asegurada.

B) Independientemente de lo establecido en el párrafo anterior, si la empresa de seguros se retrasa en el cumplimiento de la obligación contraída en el contrato de seguro al momento d hacerse exigible la misma, debería de pagar al acreedor una indemnización por mora, de acuerdo a lo siguiente:

"I al VII..."

2) En segundo lugar, se debe reformar la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros en lo que respecta a la constitución de la Reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir, ya que como quedó asentado en la primera parte de este capítulo, el artículo 68 fracción X, segundo párrafo, de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros establece que la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros ordenará a las Instituciones de Seguros, la constitución de la reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir, una vez concluida la audiencia de conciliación y en caso de que las partes no hayan llegado a un acuerdo. *Por otro lado, el Reglamento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de inspección, Vigilancia y Contabilidad faculta a dicha Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para poder ordenar la constitución de la reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir,* lo que denota que únicamente la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros podrán ordenar la constitución de la reserva para obligaciones pendientes de cumplir en caso de que no haya habido un acuerdo entre las partes, por tanto, si el asegurado decide acudir directamente ante la autoridad Judicial para resolver una controversia, sin agotar el procedimiento conciliatorio, el Juez de primera instancia, debe girar oficio a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B) Independientemente de lo establecido en el párrafo anterior, si la empresa de seguros se retrasa en el cumplimiento d la obligación contraída en el contrato de seguro al momento d hacerse exigible la misma, debería de pagar al acreedor una indemnización por mora, de acuerdo a lo siguiente:

"I al VII..."

2) En segundo lugar, se debe reformar la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, en lo que respecta a la constitución de la Reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir, ya que como quedó asentado en la primera parte de este capítulo, el artículo 68 fracción X, segundo párrafo, de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros establece que la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros ordenará a las Instituciones de Seguros, la constitución de la reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir, una vez concluida la audiencia de conciliación y en caso de que las partes no hayan llegado a un acuerdo. *Por otro lado, el Reglamento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de inspección, Vigilancia y Contabilidad faculta a dicha Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para poder ordenar la constitución de la reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir,* lo que denota que únicamente la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros podrán ordenar la constitución de la reserva para obligaciones pendientes de cumplir en caso de que no haya habido un acuerdo entre las partes, por tanto, si el asegurado decide acudir directamente ante la autoridad Judicial para resolver una controversia, sin agotar el procedimiento conciliatorio, el Juez de primera instancia, debe girar oficio a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario

de Servicios Financieros, o a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para que éstas a su vez ordenen a la Institución de Seguros la constitución de la reserva, lo que entorpece el procedimiento judicial por ser un trámite innecesario, razón por la cual se propone facultar al Juez de primera Instancia, para que él mismo pueda ordenar a la Institución de Seguros la constitución de la reserva para obligaciones pendientes de cumplir, sin necesidad de tener que solicitarlo a otra autoridad, favoreciendo a la impartición de justicia pronta y expedita, teniendo en cuenta que en caso de que el Juez ordenara la constitución de dicha reserva, dicha situación se haría del conocimiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

A este respecto cabe señalar que con base en todo lo expuesto anteriormente, se propone la siguiente reforma a la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros:

"Artículo 68.- ...Fracción X: Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, dando aviso de ello, en su caso a las Comisiones Nacionales a la que corresponda su supervisión. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente, o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta ley.

En caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la orden mencionada en el primer párrafo de esta fracción, se referirá a la

constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica especifica para obligaciones pendientes de cumplir cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada. Dicha reserva registrará en una partida contable determinada. **Si el asegurado optare por acudir ante la autoridad judicial sin agotar previamente el procedimiento conciliatorio ante la Comisión Nacional, el Juez de primera instancia estará facultado para ordenar a la Compañia de Seguros la constitución de la reserva técnica para obligaciones pendientes de cumplir, en cuyo caso tal situación tendrá que hacerse del conocimiento de la Comisión Nacional."**

3) La tercera reforma que se propone es respecto del procedimiento que se debe seguir para realizar la reclamacion de la suma asegurada y por ende el cumplimiento de la obligación contenida en el contrato de seguro, ya que como ha quedado asentado, la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros por un aparte establece, en su artículo 136, que en materia jurisdiccional los Tribunales no darán entrada a demanda alguna contra una empresa de seguros, si el actor no afirma bajo protesta de decir verdad que ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se agotó el procedimiento conciliatorio, mientras que por otro lado, la reforma de la Ley para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros del 5 de enero del 2000, derogó el artículo 135 de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, estableciendo con ello que la etapa conciliatoria en materia de seguros deja de ser obligatoria, por tanto, debe derogarse la fracción I del artículo 136 de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para evitar contradicciones en la misma ley, pero sobre todo, para no limitar la garantía de administración de justicia pronta y expedita consagrada en el artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por ende, se colige que los

procedimientos alternativos de resolución de controversias constituyen vías expeditas que deben ser optativas y no obligatorias, por lo que no debe ser necesario que el asegurado acuda previamente a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros para poder ejercitar su acción, criterio este último que es sustentado por diversas tesis de jurisprudencia que han quedado señaladas en el capítulo IV de este trabajo de investigación. Ahora bien, ya que no sería necesario agotar el procedimiento conciliatorio ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, y toda vez que es en esa etapa en la que se constituía la reserva, es necesario reformar a este respecto, a efecto de facultar al Juez para que ordena la constitución de la reserva, así como para que pueda ordenar el pago de la misma a la parte que haya vencido en juicio, y ya no por medio de la Comisión. El artículo 136 de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros deberá quedar de la siguiente manera:

"Artículo 136.- En materia jurisdiccional:
I.- Derogado
II al V.-..."

4) Por último se deben reformar el artículo 139 fracción XIX de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ya que como ha quedado establecido con antelación, ambos preceptos hacer referencia al artículo 135 ya derogado de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, así como la última parte del penúltimo párrafo de la fracción I del artículo 50, para quedar de la siguiente manera:

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) al e)...

Las reservas a que se refieren los incisos a), b), c) y e) de esta fracción, deberán constituirse inmediatamente después de que se hayan hechos las reclamaciones correspondientes.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá en cualquier momento, abocarse de oficio al conocimiento de un siniestro y mandar constituir e invertir la reserva que corresponda;

II al III..."

Con lo que respecta al artículo 139 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el mismo deberá quedar como sigue:

"Artículo 139.- Las sanciones correspondientes a las infracciones previstas en esta Ley, así como a las disposiciones que de ella emanen, serán impuestas administrativamente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de acuerdo a lo siguiente:

I al XVIII...

XIX. Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones respecto de la reserva técnica específica para obligaciones

pendientes de cumplir, se hará acreedora a la sanción que resulte de multiplicar la reserva relativa no cumplida por un factor de 1 a 1.75 veces la tasa promedio ponderada de rendimiento equivalente a la de descuento de los Certificados de Tesorería de la Federación a veintiocho días o al plazo que sustituya a éste en caso de días inhábiles, de colocación primaria, emitidos en el mes de que se trate, publicada en dos periódicos de amplia circulación en el país. En caso de que se dejen emitir dichos Certificados, se deberá utilizar como referencia el instrumento que lo sustituya;

XX y XXI..."

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1.- Con el transcurso del tiempo se ha perdido la finalidad del contrato de seguro, ya que si tomamos en cuenta que el contrato de seguro tiene su origen en la mutualidad, que es una asociación con fines benéficos, basada en la reciprocidad de los miembros que la integran; observamos que en un principio el contrato de seguro tenía como finalidad la ayuda mutua y la cooperación de las personas a efecto de crear una defensa o garantía contra ciertos riesgos que amenazaban la vida, salud y patrimonio de los asociados, y actualmente las Compañías de Seguros sólo buscan obtener un lucro, sin preocuparse por los intereses de los Asegurados.

2.- El principio básico del seguro era el distribuir entre grandes masas de personas expuestas a un mismo riesgo las consecuencias económica que se pudieses generar de la realización de un siniestro ocurrido a alguno de los asegurados.

3.- Con motivo de la actividad aseguradora, surgió la intervención del Estado a través de la creación de disposiciones legales, organismos y procedimientos con el propósito de defender los intereses de los asegurados, beneficiarios y terceros perjudicados y dar solución a los conflictos derivados de la interpretación y cumplimientos del contrato de seguro.

4.- Nuestro contrato de seguro está basado en la buena fe, lo que debería obligar a las partes a actuar entre sí con la máxima honradez, ya que obliga al asegurado a describir total y claramente la naturaleza del riesgo que se pretende asegurar, a fin de que el asegurador tenga la información completa que le permita aplicar la prima correspondiente; y a obligarse a cumplir con las obligaciones contraídas en el contrato de seguro, aunque esto se haya ido perdiendo ya que

contando o no con la información completa, en muchos de los casos las aseguradoras rehúsan el pago de lo adeudado.

5.- A través de todas las reformas que han sufrido las diversas legislaciones de seguros, y principalmente la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se ha exigido a favor de los asegurados que las instituciones de seguros sustentan cada una de sus coberturas, planes y primas de riesgo, a efecto de garantizar el cumplimiento de sus obligaciones y no dejar desamparados a los asegurados, aunque en muchas ocasiones no sea así.

6.- En la actualidad en la mayoría de los casos las Empresas Aseguradoras por así convenirles a sus interese económicos, no pagan la indemnización por causa del siniestro ocurrido, sino que por el contrario lo niega y buscan cualquier causa o motivo para no pagarlo, perdiéndose con ello la finalidad de ayuda mutua y reciprocidad que caracterizaban desde su origen al contrato de seguro; aún y cuando es obligación de las Aseguradoras revisar las ofertas y los documentos que se les entregan para efecto de celebrar el contrato y evitar que al ocurrir el siniestro manifiesten que la documentación sea falsa y por tal causa no cubran la indemnización establecida en el contrato.

7.- Para evitar los abusos de los que son objeto los asegurados, y cumplir con la finalidad de ayuda mutua y reciprocidad entre las partes, es importante reformar la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros a fin de estipular dentro de la misma una sanción para las Compañías Aseguradoras que nieguen el pago de la indemnización una vez ocurrido el siniestro, lo que sería una sanción por incumplimiento en el contrato de seguro.

8.- Aunque este trabajo se enfoca a los contratos de seguro, cabe mencionar que la indemnización por incumplimiento en el contrato, aquí propuesta, puede ser también aplicable a las Instituciones de Fianzas, ya que las mismas se rigen por lineamientos similares.

9.- Es importante cuidar en protección de los asegurados que los productos ofrecidos por las instituciones de seguros cuentes con el respaldo y sustento técnico, y así elevar el grado de certidumbre en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por las compañías de seguros con los asegurados.

10.- Es urgente que se reforme el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros ya que la obligatoriedad de agotar un procedimiento conciliatorio ante de acudir a los tribunales judiciales, contraviene la garantía prevista en el artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, siendo que ninguna Ley puede ir en contra de lo dispuesto por la Carta Magna.

11.- Se debe reformar la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en lo referente a las autoridades facultadas para ordenar la constitución de la reserva técnica para las obligaciones pendientes de cumplir, ya que la autoridad judicial debe contar con la facultad para ordenar a una Institución de Seguros que como medida cautelar constituya la referida reserva técnica, sin que haya necesidad de que dicha autoridad tenga que solicitárselo a otra autoridad diversa, lo que retraza y entorpece el procedimiento.

12.- Si bien se han realizado muchas reformas en materia de seguros, especialmente a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de seguros a fin de procurar un mejor desarrollo de la materia, también es cierto que urge que se reforme nuevamente la ley antes mencionada, ya que cuenta con muchas algunas y puntos que no han quedado bien definidos, como lo es la etapa conciliatoria, el procedimiento de ejecución de sentencias judiciales, la indemnización por incumplimiento en el contrato de seguro y la constitución de la reserva.

GLOSARIO

AGENTES DE SEGUROS: Son agentes de seguros las personas físicas o jurídicas que mediante la celebración de un contrato de agencia con una compañía de seguros, se comprometen a realizar funciones de mediación entre los tomadores del seguro, los asegurados y aquélla, en cuyo nombre y por cuya cuenta actúan.

BUENA FE: Al entrar en el estudio de un concepto tan frecuentemente utilizado en el derecho positivo, conviene distinguir lo que representa el término de buena fe, del principio que ésta viene a inspirar. En efecto, mientras aquél no es más que un concepto técnico utilizado por el legislador en la descripción de los más variados supuestos de hecho normativos, éste, el principio general, obliga a todos a observar una determinada actitud de respeto y lealtad, de honradez en el tráfico jurídico, y esto, tanto cuando no encontramos en el ejercicio de un derecho como el cumplimiento de un deber.

Desde este último punto de vista, la buena fe consagra como un principio general del derecho, que puede ser entendido de dos diferentes maneras: subjetiva o psicológica y objetiva o ética. En el primer punto se trata de la licitud de nuestra conducta o de nuestra posición jurídica, en el segundo se entiende que tiene buena fe quien sufre un error o ignorancia excusable.

BUHONERO: m. Vendedor ambulante de baratijas

CAUSA CIVILIS: Causa civil, es la causa en la realidad social, se debe a las connotaciones históricas y prejuicios de escuela que lo rodean, los requisitos de la causa son en primer plano que exista, en segundo que sea verdad, y por último que sea licita. La carencia de causa provoca nulidad por falta de un requisito esencial para su existencia.

CONTRATO: Negocio jurídico por el que una o más partes crean, modifican o extinguen una relación jurídica patrimonial.

CONTRATO DE SEGURO: es aquel contrato por el que el asegurador se obliga mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los limites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta y otras prestaciones convenidas.

CUASI CONTRATO: Bajo este término se engloban una serie de relaciones que ya en el derecho clásico eran generadoras de obligaciones, que sin tener como base un convenio entre las partes (y por tanto no clasificables entre los contratos), surgen de un acto unilateral (gestión de negocios, mandato).

DARE: Dar. En materia contractual tiene el propósito de transmitirse al propietarios de la cosa. En materia tutelar por ejemplo, tiene el significado

EMPRESA ASEGURADORA: Es la persona moral 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.

ERROR: El error es la falsa creencia de la realidad es decir, es un estado subjetivo que esta en desacuerdo con la exactitud que nos aporta al consentimiento científico, el error se divide en.
de nombrar: dare tutor

EXTRA COMMERCIUM: Fuera del orden moral de las cosas

FACERE: Hacer

FIANZA: Garantía personal que se constituye asumiendo un tercero el compromiso de responder del cumplimiento de una obligación si no la cumple el deudor principal.

La fianza no puede concebirse aisladamente, sino condicionada por la existencia de una o ligación que delimite el contenido de la misma garantía.

GARANTÍA: Para unos es solamente el pago de la suma asegurada, según se trata de seguro de daños o de personas, prestación esencialmente eventual; para otros es además la cobertura del riesgo por el asegurador, con su garantía desde un determinado momento en que se inició el contrato hasta aquél en que se extingue, lapso durante el cual el riesgo queda cubierto por la empresa aseguradora.

JURISPRUDENCIA: Es la suma de más de cinco sentencias resolviendo con el mismo criterio, las cuales se concierten en precedentes y por lo tanto se consideran como fuente del derecho, para ser aplicadas en casos posteriores.

LESIÓN: Es la desproporción que existe entre la prestación y la contraprestación, originada por la explotación de la suma ignorancia, inexperiencia o necesidad de alguna de las partes.

LEX AQUILIA: Se refiere al daño cometido en propiedad ajena. Señala normas generales de responsabilidad; el daño debe ser antijurídico, físico y directo.

MALA FE: Es la disimulación del error de uno de los contratante una vez conocido

NON FACERE: No hacer

PERJUICIO: m. Daño

PÓLIZA: Denominación que recibe el documento expresivo de las condiciones generales y particulares de un contrato de seguro, que sigue las menciones determinadas en la Ley de Contrato de Seguro, y sus disposiciones complementarias. El asegurador está obligado a entregarla al contratante. Las pólizas podrán ser nominativas, a la orden o al portador, salvo lo que dispone la presente ley para el contrato de seguros sobre la vida.

PRECLUSIÓN: Efecto del transcurso de los plazos y de la finalización de los términos consistente en hacer imposible o completamente ineficaces los actos correspondientes, transcurrido el plazo o pasado el termino señalado para la realización de un acto procesal de parte se producirá la preclusión y sé perderá la oportunidad de realizar el acto de que se trate.

PRESTARE: Ser responsable; aparece en la definición de obligación junto a la de dare, facere, etc., como una responsabilidad más del obligado.

PRIMA: Es la contraprestación del asegurado o del contratante, por la garantía que presta el asegurador, es decir, la aportación económica en dinero que ha de proporcionar el asegurado a la empresa aseguradora por concepto de contraprestación por la cobertura de un riesgo. que ésta le otorga a fin de que el asegurado este en posibilidad de cobrar la indemnización correspondiente. En pocas palabras, es el precio del riesgo.

PRORRATEARSE: Repartir. Reparto de una cantidad entre varias personas proporcionada a lo que debe tocar cada una.

REVOCACIÓN: Es el acto administrativo por el cual se deja sin efecto una delegación de competencias previamente establecida, de manera que el órgano delegante vuelva a ejercer las que había legado en el órgano inferior. La revocación de competencia puede realizarse en cualquier momento.

RIESGO: el acontecimiento futuro e incierto cuyas consecuencias son dañosas respecto a las personas o respecto a sus bienes, considerándolo la eventualidad prevista en el contrato. Se ha establecido que lo que se asegura es el riesgo y no la cosa

SINIESTRO: Daño o perdida que sufren las personas o cosas y que hace entrar en acción la garantía del asegurador. El siniestro no es más que la actualización o realización del riesgo.

SINE QUA NON: Sin el cual no; es decir, que es indispensable.

BIBLIOGRAFIA

1.- Alonso Soto Ricardo, EL SEGURO DE LA CULPA, Aurelio Menéndez, Editorial Montecorvo, Madrid, España, 1977.

2.- Brunetti Antonio, DERECHO MARÍTIMO PRIVADO ITALIANO, Editorial Bosch, Barcelona 1950, Tomo I.

3.- Bustamante Alsina Jorge, RESPONSABILIDAD CIVIL Y OTROS ESTUDIOS, DOCTRINA Y COMENTARIOS DE JURISPRUDENCIA, Editorial Abeledo-Perrot, Buenos Aires, Argentina, 1984, Tomo I

4.- Cervantes Ahumada Raúl, DERECHO MARITIMO, Editorial Herrero, S.A., México, 1970

5.- Concepción Rodríguez José Luis, DERECHO DE DAÑOS, Editorial Bosch, segunda edición, Barcelona España, 1999

6.- Delas José María de y Félix Benítez de Lugo., ESTUDIO TÉCNICO Y JURÍDICO DE SEGUROS, EL CONTRATO DE SEGUROS CONTRA INCENDIOS, Editorial Muntaner, Tipografía de Jaime Vives, Barcelona España 1914, Primer Tomo.

7.- Donati Antigono, HISTORIA PRESENTE Y FUTURO DEL DERECHO DE SEGUROS, Editorial Ediciones de la Sección Mexicana de la Asociación Internacional de Derecho de Seguros, México 1967.

8.- Halperin Isaac, EL CONTRATO DE SEGURO, Editorial Depalma, Buenos Aires, Argentina 1946.

9.- Jaramillo J. Carlos Ignacio, LA ESTRUCTURA DE LA FORMA EN EL CONTRATO DE SEGURO EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL Y COMPARADA, Editorial Temis, Bogotá Colombia, 1986.

10.- Martínez Gil José de Jesús, MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE SEGUROS, Tercera Edición, Editorial Porrúa, México. 1995.

11.- Palacios Bermúdez Roberto, DICCIONARIO DE LA LEGISLACIÓN DE SEGUROS, Cuarta Edición, Editorial Galache, S.A., México 1979.

12.- Rodríguez Sala J. Jesús, EL CONTRATO DE SEGURO EN EL DERECHO MEXICANO, ESTUDIO COMPARADO CON SUS LEYES DE ORIGEN, CON RESOLUCIONES ARBITRALES Y JUDICIALES QUE ILUSTRAN LA APLICACIÓN DE LA LEY, Tomo II, México 1976.

13.- Ruiz Rueda Luis, EL CONTRATO DE SEGURO, prólogo de Mantilla Molina Roberto, Editorial Porrúa, México 2000.

14.- Sara Bialostosky, PANORAMA DEL DERECHO ROMANO, Editorial UNAM, Facultad de Derecho, Tercera Edición, México.

15.- Sánchez Flores Octavio Guillermo de Jesús, LA INSTITUCIÓN DEL SEGURO EN MÉXICO, Editorial Porrúa, México, 2000

16.- Universidad de Buenos Aires, Facultad de Derecho, LEGISLACIÓN DEL SEGURO. LA LEY FRANCESA DEL 13 DE JULIO DE 1930 SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO. EL SEGURO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS CAUSADOS POR AUTOMOTORES EN LAS LEGISLACIONES DE AUSTRIA, GRAN BRETAÑA, SUECIA Y SUIZA, Comisión de Investigación Permanente de Seguros, Extracto del Boletín Mensual del Seminario de Ciencias Jurídicas y Sociales XIX, Buenos Aires, Argentina 1940.

17.- DICCIONARIO JURÍDICO ESPASA, Taller Gráfico de la Editorial Espasa-Calpe, S.A., Fundación Tomás Moro, Madrid, España, 1991.

18.- DICCIONARIO JURÍDICO MEXICANO Institución de Investigaciones Jurídicas, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO, Tomo II, Editorial Porrúa, S.A., México, 1993

LEGISLACIÓN

1.- CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL, Editorial Sista, S.A de C.V., 9º Edición, México, 2001.

2.- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Editorial Porrúa, México, 1989.

3.- LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. 4ª Edición, México, Enero 2001.

4.- LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, Ediciones Fiscales ISEF, S.A., 4º Edición, México, 28 de Enero 2004.

5.- LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, Ediciones Fiscales ISEF, S.A., 4º Edición, México, Enero 2001.

6.- LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS, Ediciones Fiscales ISEF, S.A., 4ª Edición, México, 28 de enero de 2004.

COMPLEMENTAIA

1.- Arte Historia:
www.artehistoria.com/historia/contextos/1746.htm
2.- Publicaciones Jurídicas

www.zur2.com/fejp/116/orjinte.htm

3.- Diario Oficial de la Federación, Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Tomo DLVI. número 3, cinco de enero del dos mil.

4.- Acervo Jurídico 2000, Copyright 1998, 1999, 2000 Casa Zepol, S.A de C.V.

APÈNDICE

AHISA
ASEGURADORA HIDALGO, S.A.
Seguros para ti

Fecha: septiembre 24 , 2002

No. Póliza : LZ1828
Tipo de Servicio : 2216 RETIRO PARCIAL DE RESERVA
Orden de Pago Referenciada: 1ORD3297868
Importe : 1466.5

NOMBRE: LUNA RUIZ AGUSTIN QUETZALCOATL

Estimado(a) Solicitante:

En AHISA estamos comprometidos con brindarle servicios de mas alta calidad; es por ello, que se giraron instrucciones, a través de la Banca Electrónica Banamex para que Usted, sin el riesgo de portar un cheque, acuda a esta Red Bancaria previa identificación donde le entregarán el importe de la **Orden de Pago Referenciada** correspondiente a la solicitud de servicio tramitada en Aseguradora Hidalgo.

Nos permitimos sugerirle que, en caso de tener algún problema al cobrar su Orden de Pago Referenciada, se comunique al teléfono de Banamex 52258534 con el Sr. Reynaldo Flores o con el Sr. Jorge Callejas. Si ellos no le resuelven el problema favor de comunicarse a los teléfonos de Aseguradora Hidalgo 53287303 o 53287321 con el Lic. Alejandro Diaz de la Vega o con el Lic. Gustavo Avila.

Contamos con certificaciones, como lo son el reconocimiento financiero por Standard & Poors con la más alta calificación MXAAA por la solidez financiera que nos respalda y el de calidad, basado en estándares internacionales a través de la empresa certificadora SGS Société Générale de Surveilllance para el Proceso de Atención a Solicitudes de Pago de Siniestros de los Seguros de Vida y Accidentes Personales, bajo la norma ISO-9002:1994 y su homóloga en México NMX-CC-004:1995.

Nos permitimos invitarle a que visite nuestra página en la red, cuya dirección es www.aseguradorahidalgo.com.mx, en la que encontrará información de utilidad.

¡Vida Asegurada en Aseguradora Hidalgo!

Gracias por su preferencia.

Atentamente,

ASEGURADORA HIDALGO.

SEG-INDIV

Aseguradora Hidalgo

Para la vida

POLIZA LZ1828

PROVIDA PERMANENTE (PP99)
77-4933/2-02-0840-999-01

LUNA RUIZ AGUSTIN QUETZALCOATL

AV. PLUTARCO ELIAS CALLES NO. 633-405 COL. NUEVA STA. ANITA
MEXICO, D. F. 08210

provida

Un seguro capitalizable

ASEGURADORA HIDALGO, S.A., en adelante denominada la Institución, pagará la suma asegurada por fallecimiento, a los beneficiarios designados al recibir pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando el fallecimiento ocurra antes de la fecha de terminación de vigencia. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de terminación, el valor en efectivo correspondiente se pagará al propio asegurado.

Las obligaciones entre el Asegurado y la Institución, se determinarán de acuerdo a las condiciones de esta póliza.

ASEGURADORA HIDALGO, S.A.

Aseguradora Hidalgo

POLIZA NUMERO LZ1828

PLAN PROVIDA PERMANENTE (PP99)
77-4933/2-02-0840-999-01

'OLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

NOMBRE Y DOMICILIO DEL ASEGURADO

LUNA RUIZ AGUSTIN QUETZALCOATL

AV. PLUTARCO ELIAS CALLES NO. 633-405 COL. NUEVA STA. ANITA
MEXICO, D. F. C.P. 08210

FECHA DE NACIMIENTO 03/07/1979 **EDAD** 20
R.F.C. LURA790703MM1 **IDENT. NOMINAL** 0000240284

VIGENCIA DE LA POLIZA 79

FECHA DE INICIO 01/10/1999 FECHA DE TERMINACION 01/10/2078

SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO $ 200,000.00 INICIALES

OPCION DE CRECIMIENTO Y/O REDUCCION AUTOMATICA NO

COBERTURAS ADICIONALES SUMA ASEGURADA = S.A.

B.I.T. CUBIERTO

T.I.B.A. S.A.= $ 200,000.00
C.I.I. S.A.= $ 200,000.00

PLAN DE PAGO DE PRIMAS MENSUAL **DURANTE** 79 A&OS **GASTOS DE EXPEDICION POLIZA** ******

PRIMA INICIAL $ 210.96 **RECARGO POR PAGO FRACCIONADO** ****** **IMPUESTO** *****

'AGO TOTAL $ 210.96 SE CONSIDERA REDUCCION DE EDAD POR:
NO FUMADOR

ENEFICIARIOS BERTHA RUIZ ESQUINCA, MADRE.

asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designació beneficiarios atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que sc ficaces las designaciones para que una persona cobre la suma asegurada y la entregue a otros, por ejemplo: "A los hijos menores d gurado"

EJ04-0-95

ORIGINAL ASEGURADO

Asegurad ra Hidalg
Institucion Nacional de Seguros

ESTUDIO FINANCIERO DEL SEGURO INDIVIDUAL PROVIDA

Nombre del Asegurado: LUNA RUIZ AGUSTIN QUETZALCOATL
Edad: 20 Sexo: MASCULINO Fumador: NO

Numero de poliza: LZ1828 Plan: PROVIDA PERMANENTE Fecha de emision: 01/10/1999
Forma de pago: MENSUAL

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	PRIMA	EXTRAPRIMAS			PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO
			TABLA	AL MILLAR	MONTO	
FALLECIMIENTO	200,000.00	139.83				139.83
CC						
CMA						
DIBA						
TIBA	200,000.00	31.50				31.50
CII	200,000.00	36.83				36.83
BIT	CUBIERTO	2.80				2.80
PRIMA EXCEDENTE						
				PRIMA AL COBRO		210.96

TASA DE INTERES ANUAL SUPUESTA PARA OBTENER LOS VALORES PROYECTADOS ES: 12 %

PROYECCION FINANCIERA DEL VALOR EN EFECTIVO

ANO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA	SUMA ASEGURADA	PRIMA ANUAL	VALOR EN EFECTIVO AL FINAL DEL ANO	SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO
1	200,000.00	2,531.52	0.00	200,000.00
2	200,000.00	2,531.52	1,344.92	201,344.92
3	200,000.00	2,531.52	2,866.98	202,866.98
4	200,000.00	2,531.52	4,774.27	204,774.27
5	200,000.00	2,531.52	6,853.87	206,853.87
6	200,000.00	2,531.52	9,138.68	209,138.68
7	200,000.00	2,531.52	11,654.81	211,654.81
8	200,000.00	2,531.52	14,421.01	214,421.01
9	200,000.00	2,531.52	17,468.16	217,468.16
10	200,000.00	2,531.52	20,822.44	220,822.44
11	200,000.00	2,531.52	24,516.85	224,516.85
12	200,000.00	2,531.52	28,583.88	228,583.88
13	200,000.00	2,531.52	33,063.55	233,063.55
14	200,000.00	2,531.52	37,996.16	237,996.16
15	200,000.00	2,531.52	43,430.34	243,430.34
16	200,000.00	2,531.52	49,413.91	249,413.91
17	200,000.00	2,531.52	56,003.89	256,003.89
18	200,000.00	2,531.52	63,259.37	263,259.37
19	200,000.00	2,531.52	71,247.75	271,247.75
20	200,000.00	2,531.52	80,043.73	280,043.73

B 01

NOTA: LOS VALORES PROYECTADOS EN ESTE DOCUMENTO ESTAN SUJETOS A VARIACION. DE ACUERDO CON LAS TASAS DE INTERES OBTENIDAS POR LA ASEGURADORA EN LA INVERSION DEL VALOR EN EFECTIVO PARA ESTE SEGURO. EL PRESENTE ESTUDIO TIENE SOLO CARACTER ILUSTRATIVO Y NO FORMA PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO.

Av. Presidente Masaryk 111, Col.Polanco, C.P. 11570 Deleg. Miguel Hidalgo Mexico D.F. Tel. 328-7000 Fax.574-2117

CLAUSULA DE LA COBERTURA DE INDEMNIZACION POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (C.I.I.)

Si durante la vigencia de esta cobertura el Asegurado se invalida total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, la Institución pagará al propio Asegurado la suma asegurada contratada para esta cobertura.

El Asegurado adquirirá el derecho al pago mencionado al cumplir cuatro meses en estado de invalidez total y permanente, contados a partir de la fecha de comprobación de la invalidez.

Las obligaciones de la Institución provenientes de esta cobertura quedaran extinguidas si ocurre el fallecimiento del Asegurado dentro del periodo referido en el párrafo anterior.

DEFINICIONES.- Se entenderá por invalidez total y permanente:

a) La incapacidad total y permanente que sufra el Asegurado a causa de una enfermedad o accidente, que le impida el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, o

b) La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie.

Se entenderá por pérdida de una mano:

Su separación a nivel de la articulación del puño o arriba de ella.

Se entenderá por pérdida de un pie:

Su separación a nivel de la articulación del tobillo o arriba de ella.

PRUEBAS.- La invalidez total deberá ser comprobada ante la Institución.
Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Institución tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen medico al Asegurado.

EXCLUSIONES.- La aplicación del beneficio no se concederá cuando la invalidez total y permanente se debe a:

a) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrección.
b) Lesiones sufridas al participar el Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.
c) Lesiones sufridas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
d) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.
e) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
f) Intentos de suicidio, lesiones o enfermedades que se provoque deliberadamente el Asegurado.

CANCELACION.- Esta cobertura se cancelará al término de vigencia de la póliza, o en el aniversario inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 60 años, lo que ocurra primero.
Con el pago de la indemnización correspondiente de esta cobertura, dejarán de surtir efecto las coberturas por accidente que se hubieren contratado.

Autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Of.6017 de 03-04-90, Exp. 732.1 (S-38)/1

EJ0[illegible] BC08-0-92

PRIMERA . - OBJETO . - ASEGURADORA - HIDALGO S.A., en adelante denominada " **LA INSTITUCION** ", se obliga a pagar, mediante la obligación de liquidación de las primas convenidas, la suma asegurada prevista en este contrato, al recibir pruebas del fallecimiento del asegurado, a los beneficiarios designados por el mismo.

" **LA INSTITUCION** " se obliga a pagar al asegurado, si sobrevive a la fecha de terminación de vigencia, el fondo de reserva, si existiere. - de conformidad con lo establecido en este - contrato.

SEGUNDA.- RESTRICCIONES.- Esta póliza - no está sujeta a restricción alguna por razones de residencia, ocupación, viajes y género de vida del asegurado, en lo que se refiere a la cobertura por fallecimiento.

TERCERA.- INDISPUTABILIDAD.- Esta póliza será indisputable después de haber transcurrido dos años a partir de la fecha de su celebración. Así también, cualquier incremento en - la suma asegurada o en las coberturas incluidas, convenido con posterioridad, serán indisputables después de haber transcurrido dos años a partir de la fecha de su celebración por lo cual, transcurrido dicho período, " **LA - INSTITUCION** " renuncia al derecho que le confiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro.- para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiera incurrido el asegurado, al formular las solicitudes de seguro, de incrementos de suma asegurada, así como de beneficios adicionales, o en su caso, al contestar el examen médico.

CUARTA.- SUICIDIO.- En caso de suicidio del asegurado dentro de los dos primeros años de la celebración de este contrato, la obligación de "**LA INSTITUCIÓN**" se limitará al reembolso del fondo de reserva, disponible en la fecha de fallecimiento.

Cualquier incremento en la suma asegurada o en las coberturas incluidas, convenido con - posterioridad a la fecha de su celebración, será nulo, en caso de suicidio del asegurado,- antes de cumplirse dos años de la fecha en que fue aceptado tal incremento por " **LA-INSTITUCIÓN** ", limitándose la obligación de ésta al reembolso de la parte del fondo de reserva correspondiente a dicho incremento.

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

Las estipulaciones de esta póliza sólo pueden modificarse, previo acuerdo de " **LA INSTITUCIÓN**" y el asegurado, por escrito, haciéndose constar mediante endoso o cláusulas adicionales previamente registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, ni los agentes de seguros, ni cualquier otra persona tiene la facultad alguna de hacer concesiones, ni modificaciones.

SEXTA.-DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.- Siempre que no exista restricción legal en contrario el asegurado podrá hacer designación de beneficiarios mediante notificación por escrito a "**LA INSTITUCIÓN** ". En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y " **LA INSTITUCIÓN** " pague el importe del seguro al último beneficiario de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.

En cualquier momento el asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de beneficiario, salvo por lo que hace al que hubiere designado con carácter de irrevocable. Para que dicha renuncia surta sus efectos deberá hacerse constar forzosamente en la - póliza, debiendo comunicarla el asegurado por escrito al beneficiario y a "**LA INSTITUCIÓN**", enviando a ésta la póliza para su anotación.

Cuando no exista beneficiario designado o si sólo se hubiere nombrado uno y éste falleciere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no exista designación de otro beneficiario, el - importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renunciado al derecho de revocar la designación de beneficiarios.

Cuando existan varios beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

Este documento y la nota técnica que lo fundamentan, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36-B y 36-A de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio No. 06-367-I-1.1/31307, Exp. 732.1 (S-38)/1 de fecha 5 de noviembre de 1997.

Av. Presidente Masaryk Nº 111, Col. Polanco C.P 11570 Deleg. Miguel Hidalgo México D.F. Tel. 328-7000 Fax. 574-2117

SÉPTIMA.- EDAD.- La edad declarada por el asegurado se deberá comprobar legalmente antes o después de su fallecimiento. Una vez comprobada la edad del asegurado, " **LA INSTITUCIÓN** " la anotará en la póliza y no exigirá otras pruebas de edad. Salvo estipulación en contrario, las edades de admisión que tiene establecidas " **LA INSTITUCIÓN** " para efectos de este seguro, son las comprendidas entre los 12 y 70 años.

Es motivo de rescisión automática del contrato de seguro, que la edad real del asegurado a la fecha de celebración del contrato se encuentre fuera de los límites de admisión, reduciéndose la obligación de " **LA INSTITUCIÓN** " a pagar el fondo de reserva disponible a la fecha de rescisión.

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por " **LA INSTITUCIÓN** ", se aplicarán las siguientes reglas :

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de " **LA INSTITUCIÓN** " se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

II. Si " **LA INSTITUCIÓN** " hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho de repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, " **LA INSTITUCIÓN** " estará obligada a reembolsar la diferencia entre el fondo de reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas anteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

IV Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, " **LA INSTITUCIÓN** " estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

OCTAVA.- PRIMAS.- El plan de pago de primas estipulado en la presente póliza es suficiente para garantizar las sumas aseguradas de las coberturas amparadas establecidas en la carátula, con base en la edad declarada y la clasificación de riesgo del asegurado, siempre y cuando se cumpla con dicho plan de pago.

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, en las oficinas de " **LA INSTITUCIÓN** ", a cambio del recibo correspondiente.

En todo caso, si se deja de hacer el pago de la prima, se aplicará lo establecido por las Cláusulas Décima segunda " Vigencia del Seguro " y Décima tercera " Terminación del Seguro ".

En caso de que se convenga la facilidad de pago de las primas por conducto de la dependencia, entidad o empresa en que preste sus servicios el asegurado, con cargo a su salario, se considerarán pagadas en la fecha en que se haga el cargo de nómina. Estas pólizas se manejarán en una cartera especial denominada " Pago por nómina ".

En el evento de que no se inicie o se suspenda por cualquier motivo dicha facilidad de pago, el asegurado tendrá la obligación de cubrir la prima directamente a " **LA INSTITUCIÓN** ".

Cuando por cualquier causa, se suspenda definitivamente esta forma de pago de las primas, el seguro dejará de pertenecer a la cartera de " Pago por nómina ", pasando a formar parte de la cartera correspondiente a la operación regular de " **LA INSTITUCIÓN** ".

Este documento y la nota técnica que lo fundamentan, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36-B y 36-A de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio No. 06-367-I-1.1/31307, Exp. 732.1 (S-38)/1 de fecha 5 de noviembre de 1997.

Av. Presidente Masaryk Nº 111, Col. Polanco C.P 11570 Deleg. Miguel Hidalgo México D.F. Tel. 328-7000 Fax. 574-2117

NOVENA.-FONDO DE RESERVA .- Todos los pagos que se reciban, incluidos los de las cláusulas adicionales que se contraten y las primas excedentes, menos el costo del seguro, se aplicarán para constituir e incrementar una reserva única que se denominará fondo de reserva. Así mismo, este fondo de reserva se incrementará con los intereses acreditables que se obtengan por su inversión.

"**LA INSTITUCIÓN**" invertirá el fondo de reserva que resulte, en valores autorizados para inversiones, que permitan obtener el mayor rendimiento posible, dentro de la máxima seguridad, pero también con la liquidez necesaria.

Con anterioridad a la terminación de vigencia de la póliza, el asegurado podrá solicitar:

a) El retiro total de su fondo de reserva, dejando de estar en vigor el presente contrato, a partir de la fecha de retiro de dicho fondo.

b) El retiro parcial de su fondo de reserva,- considerando que la vigencia del contrato depende de la suficiencia de dicho fondo.

En ambos casos, " **LA INSTITUCIÓN** " deducirá de la liquidación que corresponda el importe de los gastos en que hubiere incurrido.

DÉCIMA .- **COSTO DEL SEGURO**.- Para los efectos de esta póliza, el costo del seguro está compuesto por :

a) El de la suma asegurada por fallecimiento;
b) El de la o las cláusulas adicionales contratadas, y
c) El inherente a la operación del seguro.

DÉCIMAPRIMERA.- CAMBIO DE CONDICIONES.- En cualquier momento, durante la vigencia de la póliza, el asegurado podrá solicitar la modificación de:

* La forma de pago de las primas.
* El importe de las primas.
* La suma asegurada.
* El plazo del seguro.

En cualquier caso, se establecerá un nuevo plan de pago de primas, definiendose nuevamente los valores del fondo de reserva que correspondan a la póliza en la fecha del cambio.

Los incrementos en la suma asegurada, que no esten previstos de manera automática, al igual que la contratación de beneficios adicionales estarán sujetos a que el asegurado presente pruebas de asegurabilidad a satisfacción de " **LA INSTITUCIÓN** ".

El plazo del seguro podrá ampliarse durante la vigencia del presente contrato conservándose la suma asegurada en vigor. La ampliación será posible siempre que el asegurado la solicite cuando menos tardar antes de que falte un año para el vencimiento del plazo original. Si la ampliación se solicita con posterioridad, la aceptación de la misma por parte de LA INSTITUCIÓN estará sujeta a las pruebas de asegurabilidad que se soliciten específicamente.

DECIMASEGUNDA.- VIGENCIA DEL SEGURO.- La póliza permanecerá en vigor mientras se cumpla con el plan de pago de primas estipulado y el importe del fondo de reserva no se agote.

DÉCIMATERCERA .- **TERMINACIÓN DEL SEGURO**.- La póliza cesará en sus efectos 30 días naturales después de aquél en que el fondo de reserva no haya sido suficiente para cubrir el importe del costo del seguro correspondiente a un mes, previo aviso de tal situación al asegurado para que el mismo esté en posibilidad de cubrir dicho importe.

Cuando esta póliza pertenezca a la cartera de la " **LA INSTITUCIÓN** ", denominada Pago por nómina ", se ampliará el plazo de terminación antes establecido, únicamente durante el inicio de vigencia de la póliza, en el periodo en el que la dependencia, entidad o empresa esté en condiciones de cargar a la nómina el importe de las primas.

Este documento y la nota técnica que lo fundamentan, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36-B y 36-A de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio No. 06-367-I-1.1/31307, Exp. 732.1 (S-38)/1 de fecha 5 de noviembre de 1997.
Av. Presidente Masaryk Nº 111, Col. Polanco C.P 11570 Deleg. Miguel Hidalgo México D.F. Tel. 328-7000 Fax. 574-2117

DÉCIMACUARTA.- SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO.- "**LA INSTITUCIÓN**" pagará el importe de la suma asegurada por fallecimiento establecida en la carátula de esta póliza el de los incrementos aceptados por ella previamente a la muerte del asegurado, más el del correspondiente fondo de reserva, menos cualquier costo del seguro que no haya sido cubierto, al recibir pruebas de su fallecimiento.

DÉCIMAQUINTA.- ESTADOS DE CUENTA.- En cada aniversario de la póliza, el asegurado podrá solicitar un estado de cuenta a "**LA INSTITUCIÓN**", en el que ésta le indicará todos los movimientos operados en el año precedente, así como el saldo de su fondo de reserva.

El asegurado dispone de treinta días naturales después de recibido el estado de cuenta para solicitar cualquier rectificación en dicho estado. Transcurrido tal plazo se considerará aceptada la información contenida en el estado de cuenta.

DÉCIMASEXTA.- PRESCRIPCIÓN.- Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en dos años, contados en los términos del Artículos 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento del perito o por la instalación del procedimiento señalado por el Artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

DÉCIMASÉPTIMA.- INTERES MORATORIO.- En el evento de que "**LA INSTITUCIÓN**", no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la suma asegurada dentro del plazo de 30 días establecido en el Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se estará a lo dispuesto en el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

DÉCIMAOCTAVA.- COMUNICACIONES.- Las comunicaciones que el asegurado deba hacer a "**LA INSTITUCIÓN**" se dirigirán directamente a las oficinas de ésta en la Ciudad de México, D.F. ubicadas en avenida Presidente Masaryk Nº 111, Col. Polanco, C.P. 11570.

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

DÉCIMANOVENA.- COMPETENCIA.- En caso de controversia, el quejoso deberá acudir a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en sus oficinas centrales o en las delegaciones, en términos del Artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, si dicho Organismo no es designado arbitro podrá concurrir a los tribunales competentes del domicilio de "**LA INSTITUCIÓN**".

Este documento y la nota técnica que lo fundamentan, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36-B y 36-A de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio No. 06-367-I-1.1.1/31307. Exp. 732.1 (S-38).1 de fecha 5 de noviembre de 1997.

Av. Presidente Masaryk Nº 111, Col. Polanco C.P 11570 Deleg. Miguel Hidalgo México D.F. Tel. 328-7000 Fax. 574-2117

CLAUSULA DE REDUCCION DE EDAD A NO FUMADORES

La Institución hace constar que con base en la información declarada por el Asegurado en su solicitud, en lo referente al hábito de fumar, la Institucion lo ha clasificado como "no fumador", gozando en consecuencia durante toda la vigencia de la póliza de la reducción de un año a su edad para efectos de la determinación de primas y reservas matemáticas.

El beneficio concedido mediante esta cláusula se mantendra en vigor, siempre que la condición de "no fumador" persista durante los dos primeros años contados a partir de la fecha de emision de la póliza.

Si el Asegurado incide en el hábito de fumar, dentro del periodo referido, deberá comunicarlo por escrito a la Institución a mas tardar en el siguiente aniversario de la póliza.

La Institución dispondrá de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se reciba el comunicado para notificar al Asegurado sobre la continuidad o cancelación del beneficio. Transcurrido este plazo sin comunicación por parte de la Institución, se considerará que el beneficio continúa en vigor.

Autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Of.6017 de 03-04-90, Exp. 732.1 (S-38)/1

BC08-0-92

CLAUSULAS DE TRIPLE INDEMNIZACION POR ACCIDENTE

ASEGURADORA HIDALGO, S.A., pagará por una sola vez y mediante la cancelación de esta Cláusula, las indemnizaciones que en seguida se expresan, si se prueba a su entera satisfacción que el Asegurado ha fallecido o sufrido la pérdida de sus miembros en un accidente o a consecuencia de él, a causa de medios violentos y externos siempre que la muerte o pérdida de los miembros ocurra antes de cumplir la edad de 70 años y dentro de los noventa días siguientes al accidente.

Indemnizaciones.

1. Por la muerte del Asegurado o por la pérdida de órganos o miembros que lo imposibiliten para el desempeño de su trabajo habitual o cualquier otro compatible, una cantidad igual a la suma asegurada.

2. Si el Asegurado queda incapacitado parcialmente, debido a la pérdida de la vista de un ojo, o la amputación de una mano o de un pie, una cantidad igual a la mitad de la suma asegurada.

Las indemnizaciones pagaderas se duplicarán si las lesiones corporales que resultaren del accidente, fueran sufridas por el Asegurado mientras viajare como pasajero en cualquier vehículo de servicio público que no sea aéreo, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeto a itinerarios regulares, o mientras viajare como pasajero en un ascensor que opere para servicio público con exclusión de los elevadores industriales o de minas; o a causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

El beneficio de esta cláusula no se concederá si la muerte del Asegurado o la pérdida de miembros que sufra son debido directa o indirectamente, en todo o en parte, a enfermedades de cualquier naturaleza, o a suicidio o a conato de él, a cualquier acto de guerra, de revolución o bandidaje.

Al tramitarse alguna reclamación relativa a esta cláusula, la Institución tendrá el derecho de examinar al Asegurado.

Autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Of.14610 de 05-03-73, Exp. 732.1 (S-38)/1

EJ0BC03-0-92

CLAUSULA DE INVALIDEZ TOTAL CON EXENCION DE PAGO DE PRIMAS

ASEGURADORA HIDALGO S A eximira al Asegurado del pago de la prima si antes de cumplir la edad de 60 años y estando al corriente en el pago de las primas, se invalida totalmente para el desempeño de su trabajo habitua. E Asegurado comenzara a gozar de este beneficio a partir de la fecha en que se compruebe a la Institución el estado de invalidez del Asegurado.

La Institucion podra cuando lo estime necesario examinar al Asegurado o exigirle que compruebe de manera fehaciente, dentro de un plazo maximo de 30 dias a partir del requerimiento, que su invalidacion total continua. Si el Asegurado se niega a hacerlo terminara el beneficio de esta clausula y debera el Asegurado reanudar de inmediato el pago de las primas

Autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Of.14610 de 05-03-73, Exp. 732.1 (S-38)/1

EJ04-BC08-0-92

CARTA REMESA

FECHADO EN DIA MES AÑO

A: **Seguros Tepeyac**

Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano Interlomas
Municipio San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. Mex. Tel. 5 [illegible]

POLIZA

DE: CONTRATANTE

No. DE RECLAMACION

ENVIAMOS LOS DOCUMENTOS ABAJO RELACIONADOS PARA SU REEMBOLSO, EN APOYO A LA RECLAMACION DE REFERENCIA

ASEGURADO

PACIENTE

PARENTESCO

CANTIDAD DE DOCUMENTOS	CONCEPTO	IMPORTE
	AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD [illegible] TOTALMENTE REQUISITADOS	
	RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFIAS	
	FACTURA Y ESTADO DE CUENTA DEL HOSPITAL	
	RECIBO (S) POR INTERVENCION QUIRURGICA	
	RECIBO (S) POR ANESTESIA	
	RECIBO (S) POR HONORARIOS MEDICOS	
	RECIBO (S) POR ANALISIS Y RADIOGRAFIAS	
	RECIBO (S) POR AMBULANCIA	
	RECIBO (S) POR HONORARIOS DE ENFERMERAS	
	NOTAS DE FARMACIA CON SUS RESPECTIVAS RECETAS	
	OTROS CONCEPTOS	
	TOTAL $	

EXPEDIR CHEQUE A NOMBRE DE _____

_____

ATENTAMENTE

_____ _____

CONTRATANTE ASEGURADO

SAL1230-10-98

SAAE-50

PROCEDIMIENTO A SEGUIR
EN EL CASO DE RECLAMACION POR GASTOS MEDICOS

Seguros de que usted desea le reembolsemos en el menor tiempo [illegible] los gastos médicos que ha erogado le pedimos nos de oportunidad de servirle con prontitud y eficacia ordenando previamente que reúna los requisitos que a continuación enumeramos:

1 Presente su reclamación con los siguientes documentos:

a) Carta remesa de reclamación (formato SAAE-503 que nos [illegible]

b) Aviso de Accidente o Enfermedad e Informe Médico (formato [illegible] que nosotros proporcionamos)

c) Comprobante por gastos efectuados.

2 Es indispensable que el Aviso de Accidente o Enfermedad e Informe Médico (formato SAAE-509) sea contestado en todos sus puntos claramente, en el anverso por el reclamante y en el reverso por el Médico tratante. Si la reclamación se deriva de un accidente detalle exactamente como ocurrió. Verifique que el Médico proporcione un diagnóstico claro y concreto.

3 Para su liquidación es necesario envíe los originales de los comprobantes de todos los gastos que erogó (facturas y estado de cuenta del hospital, recibos médicos, enfermeras, ayudantes, farmacia, etc.); ordenándolos en la misma forma en que hizo el desglose de la carta remesa de reclamación. Las fotocopias de cualquier comprobante para efectos de reembolso no tienen validez por lo que si nos las envía se [illegible] hasta en su pago.

4 Los recibos de honorarios de médicos, ayudantes, anestesistas, [illegible] deberán traer su No. de Ced. Profesional, Registro de la Secretaría de Salud, Registro Federal de Contribuyentes [illegible] y Concepto.

5 Los recibos por estudios de Laboratorios y Rayos X, deben venir acompañados de sus resultados y radiografías, ya que de lo contrario le serán solicitados posteriormente.

6 Le pedimos que en el momento de adquirir sus medicinas, anexe a la nota de la farmacia a la receta del médico, tachando de esa nota aquellos medicamentos o artículos que no correspondan a la alteración de salud reclamada.

7 Solicite en la farmacia nota de remisión con el desglose de cada medicamento adquirido. Recuerde que los tickets carecen de validez, por lo que no son reembolsables.

8 Cuide que su médico no anote el costo de la consulta en la misma receta, pues en este caso el importe cobrado no lo tomaremos en cuenta, debe expedir el recibo correspondiente.

9 Si el hospital, médico, laboratorio, etc. le expide un recibo por el importe total de su cuenta, solicite el desglose por cada uno de los conceptos que ampara, para evitar así demora en el trámite.

10 Para estar en condiciones de reembolsar el I.V.A. será necesario que los comprobantes sean expedidos a nombre del Asegurado y Seguros Tepeyac, S.A.

11. Los gastos que causen I.V.A. solicite que sea desglosado.

12. Por tratarse de un trámite de reembolso de gastos médicos, ningún pago se efectúa directamente a médicos, hospitales, laboratorios, etc.

13. Los pagos por donativo a Instituciones de Beneficencia o Establecimientos Oficiales de Servicio no son reembolsables.

14. Los comprobantes y pagos los deberá presentar en las oficinas de Seguros Tepeyac, S.A. o a su agente de seguros.

DIVISIONAL METROPOLITANA: Ejército Nacional No. 436, Col. Chapultepec Morales C.P. 11570 Mex. D.F. [illegible] 52-62-94-22

CENTRO DE ATENCION MONTERREY: Calz. San Pedro No. 275 Sur Col. Del Valle C.P. 66220 San Pedro Garza García, N.L. Tel. 01-8-399-58-00

CENTRO DE ATENCION GUADALAJARA: Av. Vallarta No. 2252 esq. Calderón de la Barca, Col. Americana C.P. 44100 Tels. 01-3-669-19-20 y 669-19-00

CENTRO DE ATENCION PUEBLA: Av. Juárez No. 1515, Col. La Paz C.P. 72160 Tels. 01-22-29-42-42, 29-42-24 y 29-42-36

CENTRO DE ATENCION TIJUANA: Dr. Atl No. 1 esq. Vía Rápida Pte. Col. Zona Río C.P. 22320 Tel. 01-66-33-88-00 y 33-88-23

CENTRO DE ATENCION BAJIO: Blvd. Prol. Campestre No. 1515 Edificio Punta Campestre 1er. piso, Col. Loma del Campestre C.P. 37150 Tels. 01-47-73-68-70 y 73-68-81

CENTRO DE ATENCION HERMOSILLO: Blvd. Navarrete No. 331 Plaza Raquet Col. Raquet Club C.P. 83200 Tel. 01-62-18-52-89 y 18-52-91

CENTRO DE ATENCION MERIDA: Av. Alemán No. 299 Por 22 Col. San Miguel C.P. 97140 Tel. 01-99-27-27-02 y 26-08-27

Seguros Tepeyac S.A.

REPORTE DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD
PAGO POR REEMBOLSO
DE GASTOS MEDICOS MAYORES

Poliza N

No. Siniestro

ATOS GENERALES

Nombre del Contratante

R.F.C.

Nombre del Paciente — Edad — Sexo

R.F.C. — Estado Civil — Peso

Accidente — Enfermedad — Embarazo

Fecha en que se sintieron los primeros síntomas

Fecha en que consultó al Médico

Diagnóstico de la enfermedad o naturaleza del accidente

En caso de accidente, detalle como y donde ocurrio

¿Qué estudios de laboratorio y gabinete le fueron realizados?

¿Quién tomó conocimiento del accidente? (anexar copias de las actuaciones del Ministerio Público)

Nombre del Hospital donde se atendio

Domicilio

Ciudad — R.F.C. — Fecha de Ingreso

Población — Estado — Fecha de Egreso

Colonia — Codigo Postal — No. de dias de hospitalizado

¿Ha estado antes enfermo de un padecimiento igual o similar? — Tratamiento

SI ☐ NO ☐ — Medico ☐ Quirurgico ☐

Autorizo al hospital y a el (los) doctor(es), que me atiende(n) a proporcionar copia de la historia clinica e información que le sea solicitada por **Seguros Tepeyac, S.A.** En relación a padecimientos por los cuales me hayan tratado. La copia fotostática de esta autorizacion es tan valida como el original.

SAAF

Fechado en ______________________ a __________ de ______________________ del ____________

*Esta forma deberá ser requisitada y firmada por el asegurado sea cual fuere el importe de los gastos que se reclaman.

Firma del afectado

FORME MÉDICO

mbre del paciente

ad | Causa | Accidente | Enfermedad

ha en que se atendió por primera vez

Enfermedad es | Congénita

cipales signos y síntomas

cione las afecciones importantes que padezca el paciente

dios auxiliares S ___ No ___ ¿Cuáles?
(Favor de anexar la copia de los resultados)

ución del padecimiento

resión diagnóstica

ve de ICD

o de tratamiento
Médico | Quirúrgico | Especifique

caso de procedimiento médico quirúrgico, favor de ingresar nota quirúrgica

mbre del hospital

ha de ingreso | Fecha de intervención quirúrgica | Fecha de alta

cione el nombre y la especialidad del(os) médico(s) que participa(n) en la intervención

ervaciones

o médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a **Seguros Tepeyac, S.A.** todos los informes y copia del expediente clínico que se ran a la salud del mismo, incluyendo todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto esional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico que obra en mi poder.

mbre del médico | Especialidad

cción

[redacted]o | Cédula profesional | R.F.C.

o beep | Celular

rado en ______ a ______ de ______ de ______

Firma del médico

Se informa al médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de **Seguros Tepeyac, S.A.**