



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE DERECHO

SEMINARIO DE DERECHO MERCANTIL

LA PROBLEMÁTICA DE LA RESCISIÓN Y LA NULIDAD EN EL
CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

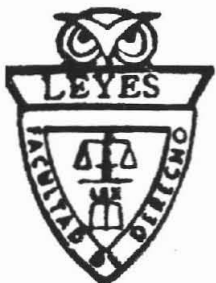
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN DERECHO

P R E S E N T A :

MARIA LUISA ELGUERA FLORES



ASESOR: DR. A. FABIAN MONDRAGON PEDRERO



CIUDAD UNIVERSITARIA

2005

m. 347516



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE DERECHO MERCANTIL

SR. ING. LEOPOLDO SILVA GUTIERREZ
DIRECTOR GENERAL DE LA ADMINISTRACION ESCOLAR
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
P R E S E N T E .

La alumna **MARIA LUISA ELGUERA FLORES** , realizó bajo la supervisión del SUSCRITO, el trabajo titulado: "LA PROBLEMÁTICA DE LA RESCISIÓN Y LA NULIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA", que presentará como tesis para obtener el título de Licenciada en Derecho.

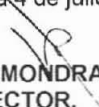
El trabajo realizado por dicha alumna reúne los requisitos reglamentarios aplicables, para los efectos de su aprobación formal.

En vista de lo anterior, comunico a usted que el trabajo de referencia puede ser sometido a la consideración del H. Jurado que habrá de calificarlo.

Por sesión del día 3 de febrero de 1998 del Consejo de Directores de Seminario se acordó incluir en el oficio de aprobación de tesis la siguiente leyenda que se hace del conocimiento del sustentante:

"El interesado deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de los seis meses siguientes (contados de día a día) a aquél en que le sea entregado el presente oficio, en el entendido de que transcurrido dicho lapso sin haberlo hecho, caducará la autorización que ahora se le concede para someter su tesis a examen profesional, misma autorización que no podrá otorgarse nuevamente sino en el caso de que el trabajo recepcional conserve su actualidad y siempre que oportuna iniciación del trámite para la celebración del examen haya sido impedida por circunstancia grave, todo lo cual calificará la Secretaría General de la Facultad".

Atentamente.
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU".
Ciudad Universitaria, a 4 de julio del año 2005.


DR. ALBERTO FABIAN MONDRAGON PEDRERO.
DIRECTOR.

c.c.p. Secretaría General de la Facultad de Derecho.
c.c.p. Archivo Seminario.
c.c.p. Alumna.
AFM*/mrc.

A MIS HERMANOS:

ANGEL: Que en la madurez de la edad
somos y seremos los mejores amigos.

ANTONIO: De quien aprendí que la vida
no se termina con el primer tropiezo.

y JOSÉ: Que con la picardía de su juventud
me ayuda a superar los problemas.

Por siempre unidos.

AL AMOR DE MI VIDA Y

MI GRAN MAESTRO:

Que en los momentos más difíciles
con paciencia y cariño, me apoyó y
animó a culminar el presente trabajo.

A DIOS:

Por haberme permitido la dicha
de vivir al lado de seres tan
maravillosos como mis padres.

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

NOMBRE: Marta Luisa Elguera
Flores

FECHA: 9 Sept - 2005

FIRMA: 

A MIS PADRES ALICIA Y ANGEL:

Por el regalo más hermoso que
se le puede dar a un hijo, la vida.

A CRISTINA Y RAFAEL:

Que a pesar de su actuar negativo
y las maquinaciones efectuadas
para que éste trabajo no se concluyera,
sembraron en mí, la fuerza y el coraje
para no ser derrotada y lograr la
culminación de mi carrera profesional.

AHORA SÉ.....QUE NINGÚN OBSTÁCULO PUEDE
DERROTARNOS... , SIEMPRE ADELANTE CON FUERZA Y
CORAJE.....

A LA UNAM Y EN ESPECIAL A
LA FACULTAD DE DERECHO:
A quien debo mi formación como
profesionista y como ser humano,
fue, es y será por siempre,
mi ALMA MATER.

UN AGRADECIMIENTO MUY ESPECIAL:
AL DR. FABIÁN MONDRAGÓN PEDRERO,
Que a pesar de todas las circunstancias
que rodearon ésta investigación,
confió en mí, me apoyo y dirigió
hasta concluir el presente trabajo.
MIL GRACIAS.

LA PROBLEMÁTICA DE LA RESCISIÓN
Y LA NULIDAD EN EL
CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

INDICE.

INTRODUCCIÓN.	I
---------------	---

CAPÍTULO PRIMERO.

ANTECEDENTES DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

1.1 Roma.	3
1.2 Internacionales.	13
1.3 México.	30

CAPÍTULO SEGUNDO.

GENERALIDADES DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

2.1 Concepto.	39
2.2 Objeto del seguro.	48
2.3 Elementos esenciales.	51
2.3.1 El riesgo.	51
2.3.2 El siniestro.	56
2.3.3 La prima.	58

2.4 Elementos personales.	62
2.4.1 La empresa aseguradora.	62
2.4.2 El contratante del seguro y el asegurado.	63
2.4.3 El tercero asegurado.	67
2.4.4 El beneficiario.	68
2.4.4.1 Ausencia del beneficiario.	74
2.4.5 El menor de edad.	75
2.5 Elementos materiales.	76
2.5.1 Interés asegurable.	76
2.5.2 Suma asegurada.	80
2.5.3 Indemnización.	81
2.6 Propuesta del contrato de seguro de vida.	83
2.7 La aceptación del contrato de seguro de vida.	85
2.8 Facultad de la aseguradora para aceptar o rechazar la propuesta del seguro de vida.	87
2.9 El perfeccionamiento del contrato.	89
2.9.1 La póliza.	94

2.9.1.1 Reducción de póliza.	98
2.9.2 Naturaleza jurídica de la póliza.	99
2.10 La edad.	108
2.11 La subrogación.	109
2.12 Cláusula de indisputabilidad.	114
2.13 Doble indemnización.	118
2.14 Valores garantizados.	118
2.15 Atentado o suicidio.	120
2.16 La buena fe en la vigencia del contrato.	122
2.17 Omisión e Inexactas Declaraciones del Asegurado.	127
2.18 Declaración de la agravación del riesgo.	129
2.19 Las omisas declaraciones ante la agravación del riesgo.	132

CAPÍTULO TERCERO.

NATURALEZA JURÍDICA DEL SEGURO DE VIDA. SU NULIDAD Y SU RESCISIÓN.

3.1 El seguro de vida.	134
3.1.1 Concepto.	134

3.1.2 Naturaleza jurídica del seguro.	136
3.2.- Elementos esenciales.	137
3.2.1 Consentimiento.	138
3.2.2 Objeto.	145
3.3 Requisitos de validez.	148
3.3.1 Forma.	148
3.3.2 Capacidad.	150
3.3.3 Ausencia de vicios de la voluntad.	154
3.3.4 Objeto, motivo, fin lícitos.	161
3.4 Nulidad del contrato de seguro de vida.	164
3.4.1 Concepto.	164
3.4.2 Naturaleza jurídica.	166
3.4.3 Nulidad Absoluta.	167
3.4.3.1 Concepto.	167
3.4.3.2 Elementos que integran la nulidad absoluta.	168
3.4.4 Nulidad Relativa.	171

3.4.4.1 Concepto.	171
3.4.4.2 Elementos que integran la nulidad relativa.	172
3.4.5 Nulidad Procesal.	175
3.4.6 Acto Nulo.	181
3.4.7 Acto Anulable.	182
3.5 Rescisión del contrato de seguro de vida.	182
3.5.1 Concepto.	183
3.5.2 Naturaleza jurídica.	191
3.6 Semejanzas y diferencias entre la nulidad y la rescisión en el contrato de seguro de vida.	191

CAPÍTULO CUARTO.

LA PROBLEMÁTICA PARA HACER VALER LA NULIDAD Y LA RESCISIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

4.1 Problemática de la nulidad en el contrato de seguro de vida.	194
4.1.1 Causas.	194
4.1.2 Efectos.	203
4.1.3 Medios de inconformidad o de impugnación que	

tiene el asegurado en contra de la declaración de nulidad del contrato de seguro de vida.	205
4.2 Problemática de la rescisión en el contrato de seguro de vida.	220
4.2.1 Causas.	221
4.2.2 Efectos.	229
4.2.3 Medios de inconformidad o de impugnación en contra de la declaración de rescisión del contrato de seguro de vida.	232
4.3 Propuesta para la regulación de la nulidad y la rescisión en el contrato de seguro de vida.	237
CONCLUSIONES.	244
BIBLIOGRAFÍA.	VII

INTRODUCCIÓN.

En el presente trabajo se aborda el tema del contrato de seguro de vida y la problemática que existe en torno a su nulidad y su rescisión, de una manera muy general se puede entender al seguro como una protección para reducir o eliminar el riesgo de pérdidas económicas calculables y medibles que pueda sufrir una persona o un grupo de personas que están expuestas a diversos riesgos, no en todos los casos se puede resarcir el daño sufrido, como lo es en el seguro de vida en el que más que una indemnización se trata de una suma de dinero que es entregada al beneficiario a la muerte del asegurado, y ello no implica que se repare el daño ocasionado, o se mitiga el dolor, sino quizá solo sea una ayuda económica que se aplique a los gastos ocasionados por el funeral.

Hay dos categorías principales de seguros los que protegen personas y los que protegen muebles e inmuebles o responsabilidades por daños a terceros; los primeros buscan resarcir la pérdida de ingresos que pudiera sufrir el asegurado o sus beneficiarios a consecuencia de enfermedad, accidente, invalidez o muerte, con los segundos se protege el patrimonio por daño o responsabilidad a causa de fenómenos naturales o actos u omisiones de las personas; todo seguro por definición protege contra hechos contingentes, salvo el de muerte o seguro de vida que ampara un hecho cierto, como es la defunción pero cuya fecha es indeterminada.

El seguro es objeto de un contrato que consta en un documento (póliza) por el que una entidad (asegurador) se compromete, mediante el pago de una retribución previamente convenida (prima) y durante un tiempo determinada (plazo), a responder de ciertos riesgos específicos (protección) que pueden sobrevenir en otra persona (asegurado o en sus bienes), la pérdida o daño de la cosa asegurada recibe el nombre de siniestro.

El monto de las primas debe ser proporcional al riesgo y se calcula por métodos actuariales, éstas cantidades constituyen para la entidad aseguradora un capital de trabajo con el que la misma realiza diferentes operaciones tales como establecer reservas para responder por las obligaciones contraídas y otorgar las garantías que la ley le exija; en todo el mundo las

Empresas Aseguradoras están sometidas a una estricta regulación por sus gobiernos y existen tratados y convenciones públicos y privados, para asegurar su validez y eficacia.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro que data del año de 1935 proporciona en su artículo primero la definición legal del contrato de seguro: "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".

La necesidad como lo regula la ley, de tener una posibilidad de que un daño sea resarcido cuando ocurre alguna eventualidad, que somos capaces de saber que puede llegar a suceder, es algo que el ser humano en todas sus épocas ha podido sentir, desde cuando el nómada salía de su albergue o guarida a la búsqueda del alimento diario, mediante la recolección de frutos silvestres y la caza de animales, salía con la incertidumbre de no saber si encontraría frutos o animales que le alimentaran a él y a los suyos; con la sedentarización nació la agricultura, es decir el hombre insertó en la naturaleza sus propias finalidades ya no iba a estar sujeto a encontrar o no alimento, iba a hacer lo necesario para que emulando los procesos naturales tener la seguridad de contar con alimento, por ello casi simultánea a la agricultura surgió la ganadería, contar con frutos silvestres y con animales de caza, ya no estaría sujeto a la incertidumbre señalada.

Pero ese mismo dominio que el hombre descubrió que era posible tener sobre la naturaleza, mediante la práctica de la agricultura y la ganadería, tampoco le garantizaba la certeza de contar con su alimento, pues ahora se percata que está sujeto a disponer de agua para regar su siembra y dar de beber a sus animales, estaba sujeto a un imprevisto que era el contar con la lluvia en el momento y en la cantidad adecuados, es decir seguía viviendo bajo riesgo de tener o no tener con que alimentarse, ya había disminuido en algo ese riesgo, ya intervenía su voluntad para aminorarlo, pero no había logrado la seguridad de que no ocurriera.

Además del agua no se puede dejar de mencionar la existencia de otros factores que le privaban de la seguridad buscada, como puede ser el clima, los vientos, las plagas, las enfermedades, etc., los cuales no podía prever y mucho menos dominar, por lo que muchas veces sus siembras y sus animales perecieron por estas causas y el hombre a pesar de su

esfuerzo y de sus invenciones de la agricultura y la ganadería, seguía afrontando el riesgo de no alimentarse.

Sin embargo, había también épocas en que la presencia de esos factores de riesgo agua, vientos, plagas, enfermedades, etc., disminuía produciendo un clima satisfactorio para la agricultura y la ganadería, provocando exceso o sobrantes de alimentos, que pronto descubrió podían almacenarse o conservarse y luego ser intercambiados con otros grupos que disponían de bienes distintos producidos por la ganadería y la agricultura practicadas en distintas condiciones; pero no siempre los otros grupos estaban frente a él, había que recorrer grandes distancias para ir a ofertar sus productos en trueque y había que recorrer esas mismas grandes distancias para traer a su asiento agrícola y ganadero los bienes trocados.

Cada vez el hombre fue conociendo una mayor variedad de satisfactores alimentarios, a los cuales se agregaron satisfactores para su cobijo y guarda, es decir satisfactores de vestido y habitación, todo esto obligó a buscar medios seguros para realizar el trueque, pero no siempre podía darse el intercambio de un bien por otro que fuera exactamente necesitado, así surgió la necesidad de almacenar en espera de que llegara aquél que necesitaba precisamente el bien almacenado y que posiblemente hubiese estado ausente en el momento de la oferta, es decir aquí nace el comerciante adquiere e intercambia productos que no necesariamente va a utilizar para su satisfacción, pero sabe que hay quien o quienes puedan utilizarlos.

Es posible afirmar que al evolucionar socialmente el hombre, surgen logros económicos del ser humano que se han visto amenazados ya sea por actos de la naturaleza o bien que el individuo los provoque, en ambos casos, no se cuenta con un medio de control que pueda impedir su nacimiento.

De llegar a actualizarse cualquiera de los dos casos que se mencionan, es natural que el individuo, no se encuentre preparado para afrontar las consecuencias de las pérdidas que se derivan de éstos, por lo que para tratar de evitar el menoscabo patrimonial, ha venido haciendo construcciones más sólidas, mejora su maquinaria y herramientas de trabajo, establece medidas de seguridad, etcétera.

Tomando estas medidas, ha podido reducir la probabilidad de que sus bienes sufran pérdidas o daños materiales, a pesar de ello, dichos bienes continúan en mayor o menor grado expuestos a sufrir daños, ya sea por un incendio, huracán, terremoto, robo, incluso no sólo sus bienes corren riesgo, también su salud y su persona.

Ante la imposibilidad de eliminar los riesgos a que están expuestos los bienes, y la propia vida del hombre, éste en su intensa y constante búsqueda de elementos que le ayuden a mermar o abolir la probabilidad de pérdida, diseñó el mecanismo que consideramos ideal, y que actualmente denominamos "Seguro".

En el derecho antiguo sin llegar a concebir el seguro en sus actuales conceptos, existió la preocupación de que hacer para evitar los riesgos, definitivamente es posible pensar que el hombre deseó contar con lluvias en la cantidad y oportunidad deseadas, igualmente estar ajeno al riesgo de un clima desfavorable o la presencia de plagas o enfermedades, las diversas teorías históricas explican con éste propósito el nacimiento de las religiones o los cultos paganos al Dios del Sol, de la Lluvia, etc., etc., cuya invocación mediante ritos, danzas, oraciones, sacrificios, etc., buscaban contar con lluvia oportuna y suficiente, ahuyentar plagas y enfermedades, es decir tener la seguridad de que sus cultivos y ganado le rendiría lo suficiente para la satisfacción de sus necesidades y de que su persona estaría a salvo de alguna enfermedad o de la muerte cuando existían guerras.

Con la evolución del comercio se inicia el traslado de mercancías en caravanas o en embarcaciones para llevarlas de un lugar a otro, algunas veces cercanos y muchas veces lejanos, pero esto se encontraba sujeto a innumerables riesgos, no sólo por robos o pérdidas, sino por deterioro de las mercancías, lo primero que preocupó fueron los desastres naturales, de ellos las tormentas en el mar y en tierra, así como la presencia de hordas que desposeyeran al viajante que transportaba sus mercancías, en éste propósito aparece que en el derecho marítimo ateniense figuraba una ley relacionada con las obligaciones que adquirirían quienes cargaban sus mercancías en una misma embarcación, para contribuir a resarcir a quien sufriera daños graves causados en caso de tempestad o de rescate de un buque apresado por enemigos y piratas, posiblemente aquí encontramos la primera conceptualización jurídica del seguro de riesgos, la característica es que el asegurado, era su propio asegurador.

Con esto no pretendo decir que la existencia del Seguro disminuye, elimina o controla la probabilidad de pérdida, pero sí, traslada a otros las consecuencias nocivas derivadas de la ocurrencia de eventos desfavorables.

Con lo señalado es posible concluir que el contrato de seguro, tiene por objeto la existencia del riesgo y una finalidad resarcitoria o indemnizatoria, de la existencia del riesgo y de la posibilidad que éste pueda ser resarcido o indemnizado, deriva el que pueda ser materia jurídicamente hablando de un contrato, pues cabe decir que cualquier contrato solo puede ser celebrado sobre cosas posibles; el riesgo por supuesto también tiene que ser definible en sus características y constituir un hecho cierto, que las partes ven como posible, es decir debe haber una incertidumbre o certidumbre subjetiva en ambos contratantes y la realización de la eventualidad cierta o incierta es la condición para hacer efectivo el derecho que contrató el asegurado.

El contrato de seguro puede tener por objeto toda clase de riesgos si existe interés asegurable, salvo prohibición legal expresa, La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en su artículo 7, nos da una relación detallada de las diversas clases de seguros, sin embargo la misma sólo tiene un carácter enunciativo y tiene lógica que esto ocurra porque en la vida actual de una rápida transición no es posible que el legislador pueda prever todas las actividades humanas lícitas que generen riesgos, por lo mismo es imposible que conozcamos la totalidad de las clases de seguros.

En este trabajo se aborda el estudio del contrato de seguro explicando tanto la formación y constitución del mismo, como los elementos y personas que intervienen en él, su regulación en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y específicamente lo concerniente al seguro de vida, llegando al análisis de la problemática que existe en torno a la nulidad y la rescisión de dicho contrato, figuras que se regulan en la ley de una manera muy general, ocasionando múltiples circunstancias por las que tienen que pasar tanto los asegurados, como los beneficiarios al intentar cobrar ya sea una indemnización o bien la suma asegurada, incluso la aplicación de ambas ocasiona un estado de indefensión a dichos asegurados y beneficiarios, considerando que el problema se torna más grave cuando se trata de la rescisión de un contrato de seguro de vida, en la que el beneficiario es el indicado de recurrir a la Empresa Aseguradora para reclamar el pago de la cantidad estipulada en el contrato, y es quien recibirá la negativa de la empresa a

entregar la suma asegurada alegando la rescisión de dicho contrato por alguna causal prevista en la ley de la materia, ante lo cual el beneficiario se ve en la necesidad de recurrir a diversos medios de inconformidad o de impugnación para tratar de obtener una resolución favorable que ordene a la aseguradora el pago convenido, lo que resulta contrario a la voluntad del asegurado quien pretendió dejar cierta cantidad de dinero a una persona designada por él, con la finalidad de que ese beneficiario gozara del dinero al fallecer aquél, no como una forma de indemnización o compensación, sino quizá como una forma de ayudar en los gastos ocasionados por el funeral y mitigar por un determinado tiempo la situación económica que presente el beneficiario.

El análisis de tal situación me permite presentar una propuesta para la regulación tanto de la nulidad como de la rescisión del contrato de seguro, en la que se tomen en cuenta todos los elementos y personas que intervienen en el contrato y en específico la necesidad de normas exactas aplicables al contrato de seguro de vida.

GENERALIDADES.

A partir del Renacimiento, se da el auge del conocimiento y práctica de la medicina como una manera de prolongar la vida o tener mejores condiciones para ella. Paralelamente nació la preocupación en el hombre convencido de la certeza de su muerte, de que debía pensar en la vida de quienes quedarán después de que falleciera; lo ideal: una buena herencia, posibilidad difícil de ser generalizada, ya que por las dificultades propias de la vida, frecuentemente resultaba difícil vencer éstas y además acumular riqueza para que los suyos pudieran tener una vida con menos dificultades, de las que enfrentó el fallecido.

Esto fue sin duda, lo que llevó al ser humano a concebir el contrato de seguro de vida, teóricamente agrupado dentro del contrato de seguro sobre personas; como la manifestación de una preocupación constante del ser humano que puede incluso considerarse como un imperativo filosófico sobre "el que será de los míos cuando yo muera". Esta incertidumbre de no estar en posibilidad de seguir proporcionando bienestar a los suyos después de la muerte, es lo que justifica la existencia del ahora contrato de seguro de vida, el cual aun cuando su nombre dice que lo asegurado es la vida, lo cierto es que ésta, ni aún con el seguro más generoso se puede resarcir, tampoco se puede indemnizar justamente porque la muerte en sí no es un daño, ni la vida del fallecido se puede recuperar. Luego entonces sólo es un riesgo cierto de realización imprecisa, en cuanto al tiempo en que ha de ocurrir el cual es susceptible de ser compensado en su caso mediante el contrato de seguro, que genera dos expectativas, ya que la eventualidad esperada, para el asegurado es que su vida se prolongue en demasía y cubra un monto mayor de primas a la suma asegurada, cuyo importe pactado será entregado a sus beneficiarios, mientras que para el asegurador, la eventualidad será el que la vida del asegurado sea breve y haya de entregar una cantidad menor al monto de las primas cubiertas.

De acuerdo a lo anterior, el contrato de seguro tiene una característica que lo hace aleatorio, es incierto en cuanto a que el riesgo asegurado vaya a ocurrir o cuando vaya a ocurrir, también es incierto el que ocurra o no ocurra, o bien que ocurra en uno o en otro tiempo, es decir todos vamos a morir esto es seguro, pero no sabemos cuando, por lo que se trata de una situación a la que la voluntad de las partes asegurador y asegurado, es totalmente ajena; se puede

equiparar en mucho a la apuesta, que es un contrato aleatorio en el que una de las partes (asegurador), se obliga a pagar a la otra una determinada prestación en caso de que resulte cierta una determinada afirmación o posibilidad; esto aplicado al contrato o a la noción del seguro, se traduce en la manifestación o realización del riesgo.

El Código Civil Federal en sus artículos 2764 a 2773 regula como contratos aleatorios, el juego y la apuesta sin definirlos, por lo que de acuerdo al concepto idiomático del término: "apuesta es el convenio por el cual deciden dos o más personas, que la que acierte o tenga razón en algo, recibirá de las demás una cantidad en dinero u otra cosa"¹. Luego entonces la noción de apuesta, relacionada con la noción jurídica del seguro, consiste en que el asegurador ofrece a todos los que sientan posible que les ocurra un determinado riesgo, la oportunidad de que mediante un pago previo o en parcialidades pueda resarcir a sus beneficiarios el daño causado, de llegar a ocurrir el riesgo de que se trata.

En este caso el del seguro de vida, a lo que se está apostando es al tiempo que puede ser largo o corto en que ocurra el riesgo, o bien que no llegue a ocurrir en el plazo pactado al efecto; de ésta manera, el asegurado puede no sufrir el riesgo en el tiempo pactado y en ese caso, habrá pagado una prima sin obtener aparentemente beneficio alguno; por el contrario, puede sucederle al asegurador, que a su asegurado le ocurra el riesgo antes de que con el importe pagado de sus primas, haya cubierto la suma asegurada.

Así, cada parte asume o apuesta a la posibilidad incierta de que ocurra el riesgo en las condiciones pactadas y cuando la incertidumbre desaparece, por haber ocurrido el riesgo o concluido el tiempo pactado, puede aplicando el símil de la apuesta verse y saber quien ganó o quien perdió.

¹ Diccionario Enciclopédico Universo. Quinta edición. Ed. Fernández Editores. México, 1984. p. 78.

CAPITULO PRIMERO.

ANTECEDENTES DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

1.1 ROMA.

Dice el proverbio "Roma no se hizo en un día," igualmente, el seguro de vida y el seguro en general, no se hicieron de repente, hay antecedentes de la idea del seguro o de la necesidad del aseguramiento desde los Babilonios, Asirios y otros pueblos de la antigüedad, a pesar de estos antecedentes el espíritu del seguro se encuentra en esas épocas todavía impreciso.

A Roma llega la *Lex Rhodia de Iactu*, que si bien es una ley romana incorporada en el Digesto, lo que hace, es recoger una práctica existente en la *Isla de Rhodas* o también conocida como *Ródhos*, la cual formaba parte de la Grecia Antigua, "ubicada paralela a la costa oriental del Ática y esparcida por el Mar Egeo en torno a los Balcanes y el Asia Menor, que por razón de su ubicación estuvo sujeta a la influencia griega y en especial a la ateniense; aproximadamente y por no existir datos exactos en la historia se ubica a estas leyes durante el Siglo VII antes de Cristo, siglo en que el comercio marítimo tuvo su auge."²

Se considera que "Las leyes Náuticas de *Rodas* o *Rhodas* fueron la base principal, si no la única, del derecho mercantil marítimo de Atenas, del cual existen noticias gracias a los discursos forenses de Demóstenes, pues salvo dos o tres textos legales que se conservan, los demás han desaparecido. . . . Entre otras leyes de esta clase, de que aquel genio de la oratoria nos da noticia, figuran las relativas: 'a las obligaciones recíprocas de los cargadores de contribuir a la

² Cfr. Walter, Joseph M. La Grecia Antigua. Ed. Edimat Libros. Madrid España, 1999. pp. 20, 373-386.

indemnización de los perjuicios causados en provecho común en caso de tempestad o de rescate del buque apresado por enemigos o piratas. ' . . . ' ”³

De este fragmento de ley, porque no se conserva completo el texto, se deduce que es un antecedente rudimentario del seguro, pues existen las bases para considerar que hay una mutualidad para indemnización de perjuicios causados por un accidente.

Es de mencionarse que existen antecedentes en la “Grecia Clásica, de asociaciones denominadas ‘*Erano*’ (siempre tuyo). Caracterízanse éstas por sus fines benéficos, instituyendo fondos a los efectos del socorro mutuo, razón por la cual, nos ofrecen igualmente desde el punto de vista del estudio de la institución del seguro, el interés de encontrarse en las mismas, la mutualidad, piedra angular en la que descansan las aseguraciones, pues en nuestros días, las asociaciones mutuas, en las que la unión es siempre consciente, han alcanzado su más fuerte expresión, constituyendo grandes empresas mutualistas, y reportando a sus asociados y a la sociedad moderna grandes beneficios”⁴

No existe unanimidad entre los tratadistas, sobre el origen del contrato de seguro, ya que se encuentran leyes como las de Rodas de las que no hay datos concretos de su aparición, ni tampoco se sabe si son la base rudimentaria del seguro.

“Para algunos su iniciación se encuentra en el Derecho Romano; otros hacen remontar su origen a épocas más lejanas, atribuyendo sus bases a leyes y prácticas de los Rhodios, y otra gran mayoría opina que si el riesgo había servido para fijar la naturaleza de ciertas convenciones jurídicas desde épocas remotas, el seguro en sus formas propias y su carácter especial, así como su naturaleza múltiple apareció en las prácticas y costumbres del comercio en el Siglo XIII y aún en esta época solamente para los peligros de la navegación.”⁵

³ De Delás, José Ma. Estudio Técnico y Jurídico de Seguros. El Contrato de Seguros Contra Incendios. Tomo Primero. Ed. Tip de Jaime Vives.- Muntaner, 22. Barcelona, 1914. p. 7.

⁴ Barrena S, Luis. Seguros. Ed. Sociedad Colombista Panamericana. La Habana, 1956. p. 14.

⁵ Cortés Jiménez, Eduardo. En Enciclopedia Jurídica Omeba. Tomo IV. Ed. Driskill. Buenos Aires, 1991. p. 378.

“El Seguro ya se practicaba en Babilonia, hacia 4000 a 3000 años antes de Cristo, aunque en la forma de ‘préstamo a la gruesa’, medio de desplazar hacia otros el riesgo de pérdida o daño inherente al comercio marítimo. En la India era usual en 600 antes de Cristo. En el Siglo IV antes de ésta era existía en Grecia la modalidad de que si ‘la propiedad empeñada como garantía resultaba dañada o perdida en aventura, el préstamo quedaba cancelado, y sólo se cobraba el interés aunque a una tasa más alta.’⁶ En la antigua Roma se originaron las sociedades *Collegia Tenuiorum* que pagaban un *funeraticum* o indemnización por muerte a los deudos cuando ocurría el fallecimiento de alguno de sus miembros.”⁷

Con la *Lex Rhodia de Iactu* se dio origen a los cuasicontratos, mismos que “...se parecían a los contratos por ser lícitos y engendrar obligaciones, pero diferían de ellos por la falta de consentimiento.”⁸ Estos se regulaban por la ley y los más típicos eran los de gestión de negocios, enriquecimiento ilegítimo o sin causa y los de la propia *Lex Rhodia de Iactu*.

Esta ley de *Rhoda* (*Lex Rhodia de Iactu*), “...regulaba el comercio marítimo y disponía que la pérdida ocasionada por la echazón de mercancías, que es la acción y efecto de arrojar al agua la carga de un buque cuando es necesario aligerarlo, sobre todo al sobrevenir un temporal fuera soportada proporcionalmente por todos los interesados. Así, el armador y los dueños de las mercancías salvadas debían indemnizar a los propietarios de las mercaderías que el capitán había ordenado arrojar, considerándose que el origen de esta obligación era un cuasicontrato.”⁹

Con el estudio de la *Lex Rhodia de Iactu* y en general de los antecedentes del contrato de seguro en Roma, surge repetidamente el término cuasicontrato. Cabe mencionar, que antes de

⁶ Este antecedente se asemeja a lo que en Roma era el *Mutuum*, en caso de *Nauticum Fenus*, el prestatario no debe nada si el navío perece; debe devolver la cantidad si el viaje es feliz; como compensación a éste riesgo, el prestamista podía hacerse pagar *pingües* intereses exigibles en virtud de un simple pacto. Esta obligación se limitaba a la duración del viaje, es decir, al tiempo durante el cual los riesgos son a costa del prestamista. Cfr. Petit, Eugène. Tratado Elemental de Derecho Romano. Décimo Segunda edición, Segunda reimpresión. Ed. Porrúa. México, 1996, pp. 380, 381.

⁷ Gómez Arreola, Salvador. Los Seguros Privados en México, 1967. En Enciclopedia de México. Ed. Enciclopedia de México. Tomo XI. México, 1977. p. 366.

⁸ Floris Margadant S., Guillermo. El Derecho Privado Romano. Vigésimo Quinta edición. Ed. Esfinge. México, 2000. p. 446.

⁹ Cfr. Morineau Iduarte, Martha. Derecho Romano, Cuarta edición. Ed. Harla. México, 1998. p. 196.

Gayo ningún jurista romano había utilizado la palabra cuasicontrato o alguna otra relativa a la noción de ésta figura jurídica.

“Gayo al estudiar las fuentes de las obligaciones, consideró demasiado estrecha la clasificación dual de obligaciones *ex contractu* y obligaciones *ex delicto*, es decir obligaciones nacidas por contrato y obligaciones nacidas como consecuencia del delito, por esto ideó una tercera fuente que denominó *ex variis causarum figuris*, es decir varias figuras causantes de obligaciones. En ésta tercera categoría colocó un gran número de vínculos jurídicos de efectos variados y distintos caracteres, también encontró que era útil acercarlos a aquellas con las cuales tuvieran mayor semejanza, razonando que si bien *non ex contractu* es decir no se trata de un contrato, pero *cuasi ex contractu nascuntur*, es decir casi hace nacer un contrato.”¹⁰

Los estudiosos y los prácticos del derecho cambiaron la denominación de tales obligaciones y dijeron que eran *ex cuasi* contrato, con lo que la denominación se hizo general. De ésta manera el significado de la palabra *cuasi* contrato en sentido literal, es lo que se asemeja o se aproxima a un contrato sin llegar a serlo, en razón de que falta alguno de los elementos típicos del contrato, normalmente el consentimiento expreso, porque el *cuasi* contrato resulta de situaciones creadas a las que también normalmente son ajenas las partes, o por lo menos no interviene su voluntad. Esta clasificación quedó incorporada a los conceptos de la práctica del Derecho Romano y alcanzó carácter de ley en las codificaciones de Justiniano.

Respecto a la “echazón”, cabe decir que ésta se concibió como el reparto proporcional entre los interesados en una travesía, de las pérdidas sufridas por el propietario de la mercancía que tuviera que ser tirada al mar para salvar la nave en que viajaban. Esta institución aún se regula en México con el nombre de “Avería Gruesa” por la Ley de Navegación y Comercio Marítimos de 1963 que regula de manera vigente a los seguros marítimos y que en su artículo 239 dispone:

“Artículo 239.- El asegurador responderá, salvo pacto en contrario, por las sumas que corresponden a la mercancías por contribuciones de averías gruesas o comunes”.

¹⁰ Cfr. Parodi, Daniel Ignacio. En Enciclopedia Jurídica Omeba. Tomo V. Ed. Driskill. Buenos Aires, 1989. p. 149.

Como se ve, la contribución a la indemnización del daño padecido por el propietario de las mercancías embarcadas que son echadas al mar, sigue siendo la razón de este seguro, es decir, el asegurado puede pactar con el asegurador que le indemnice por la parte de la echazón que a su vez él deba soportar, aunque se debe señalar que los conceptos anteriores no aparecen con la claridad deseable, "por la multitud de reformas que ha tenido la legislación de comercio marítimo".¹¹

Para entender al citado artículo 239 de La Ley de Navegación y Comercio Marítimos, se debe comprender el concepto de Avería Gruesa y así en los artículos 115 a 119, de la vigente Ley de Navegación la que, dispone en el Artículo 115 que es: "Todo daño o menoscabo que sufra la embarcación en puerto o durante la navegación, o que afecte la carga desde que es embarcada, hasta su desembarque en el lugar de destino; así como todo gasto extraordinario en que se incurra durante la expedición (viaje) para la conservación de la embarcación, de la carga o ambos". Explica la ley en la fracción I del citado artículo 115 párrafos primero y segundo que la avería es común o gruesa cuando se ha realizado o contraído intencionada y razonablemente cualquier sacrificio o gasto extraordinario para la seguridad común, con el objeto de preservar de un peligro las propiedades comprometidas en un riesgo común de la navegación por agua y que el importe de esas averías comunes, estará a cargo de todos los interesados en la travesía en proporción al monto de sus respectivos intereses.

Asimismo se dispone legalmente en el artículo 116 de la actual Ley de Navegación, que los actos y contribuciones en concepto de avería común, se rigen salvo pacto en contrario por los usos y costumbres internacionales que se integran en las reglas de York y Amberes vigentes. En el artículo 117 siguiente, se detallan las obligaciones y derechos a causa de la avería común, la forma en que ésta debe ser declarada para que surta efectos legales, así como la manera de afrontarla por parte de los afectados, y en el artículo 119 el tiempo para el ejercicio de las acciones correspondientes y todo lo relativo a su regulación, de la que se desprende la

¹¹ Los artículos 641 a 944 del Código de Comercio promulgado por decreto del 4 de Junio de 1887, publicado en el Diario Oficial de la Federación los días 7 al 13 de Octubre de 1889 y entrando en vigor el día 1° de Enero de 1890, se transformaron en la Ley de Navegación y Comercio Marítimos de 21 de Noviembre de 1963, a su vez fueron derogados por la Ley de Navegación del 4 de Enero de 1994, que dejó subsistente el Capítulo Cuarto, del Título Tercero, del Libro Tercero denominado del Seguro Marítimo, en el que en el citado artículo 239 aparece regulada la mencionada Avería Gruesa que da lugar a la echazón.

posibilidad de existencia del seguro marítimo, que es la única parte subsistente de la antigua ley.

Por la importancia del artículo 239 de la Ley de Navegación y Comercio Marítimos de 1963, resulta conveniente integrar el capítulo del Seguro Marítimo de esta ley, que explica la esencia de éste seguro ya sea a la Ley de Navegación actual o a la Ley sobre el Contrato de Seguro, para que deje de tener la forma en que se presenta, como el saldo útil de una ley derogada.

“Según la *Lex Rhodia de Iactu*, la pérdida que sufrían los propietarios de mercancías arrojadas de un barco para salvar éste, debía repartirse entre todos los interesados en proporción a su interés. El principio podía dar lugar a diversas complicaciones.

También procedía este principio si para salvar la mercancía, se había trasbordado a diversas embarcaciones, de las cuales una parte se hubiera hundido; pero no se debía aplicar el principio de la *Lex Rhodia* por analogía, fuera del comercio marítimo o fluvial.”¹²

Aunque mucho se habla de ésta *Lex Rhodia de Iactu* por su importancia histórica, la verdad es que se conoce poco de la misma. Así el tratadista Antonio Minzoni Consorti dice que:

“Para referirse a los antecedentes del Seguro es necesario investigar documentos que permitan configurar un cuadro lo más exacto posible de la situación. Sin embargo, la escasez relacionada con la actividad aseguradora en el país, permiten solo delinear una panorámica bastante reducida de ella. . .

Huelga mencionar aquí, que en países como India, Egipto, Grecia y Roma, aunque el seguro no fuere conocido como una institución definida con caracteres propios, se encuentran vestigios -en las relaciones comerciales de esos países- que hacen suponer que el espíritu de la previsión ya tenía algún arraigo de manera particular sobre riesgos del mar.

Es bien sabido que las Leyes de *Rodas* -de las que nos han llegado fragmentos- fueron la base del Derecho Mercantil de Atenas. En una parte de dichas leyes se habla de las obligaciones de los

¹² Floris Margadant S., Guillermo. Ob. cit. p. 449.

cargadores de contribuir a la indemnización de los graves daños causados en perjuicio común en caso de tempestad o rescate de buque apresado por enemigos o piratas”.¹³

Al respecto el maestro Roberto L. Mantilla Molina, sostiene que: “. . . En sistemas jurídicos muy antiguos, se encuentran ya preceptos que se refieren, directa y especialmente al comercio y que constituyen por tanto, gérmenes remotos del derecho mercantil, sin que en una exposición compendiada como ésta pueda entrarse en el análisis de su contenido. Las Leyes *Rodias*.-mención especial merece el derecho de la Isla de *Rhodias*, habitada por un pueblo heleno cuya legislación referente al comercio marítimo alcanzó tal perfección que un emperador romano, Antonino, hubo de declarar que así como a él le correspondía el imperio sobre la tierra, a la Ley *Rodia* incumbía el del mar. A través de su incorporación del derecho romano, las leyes *Rodias* han ejercido un influjo que perdura en nuestros días: la echazón (el reparto proporcional, entre todos los interesados en la suerte de un buque, del valor de los objetos que se echan al mar para salvarlo), está incluida en la regulación que casi todas las leyes mercantiles hacen de las averías comunes, (En México el artículo 239 de La Ley de Navegación y Comercio Marítimos), y conserva los caracteres con que la establecieron las leyes *rodias*. La palabra desapareció de la legislación mexicana en el año de 1963, al entrar en vigor la Ley de Navegación y Comercio Marítimo.”¹⁴

Dentro del contenido de las Leyes *Rodias*, se aprecia que “la *actio institoria* permitió reclamar del dueño de una negociación mercantil, el cumplimiento de las obligaciones contraídas por la persona que se había encargado de administrarla (*institor*); la *actio exercitoria* se daba contra el dueño de un buque, para el cumplimiento de las obligaciones contraídas por su capitán; con el nombre de *nauticum foenus* se regulaba el préstamo a la gruesa, es decir, aquel cuya exigibilidad esta condicionada por el feliz retorno de un navío y en el que se conviene un fuerte rédito (para el caso de llegar sin averías); el texto llamado *nautae, cauponae et stabularii ut recepta restituant*, se refiere a la obligación a cargo de marinos y posaderos, de custodiar y

¹³ Minzoni Consorti, Antonio. Crónica de Doscientos Años del Seguro en México. Ed. Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. México, 1998. p. 23.

¹⁴ Mantilla Molina, Roberto. Derecho Mercantil. Vigésimo Novena edición. Séptima reimpresión. Ed. Porrúa. México, 2000, pp. 3, 4.

devolver el equipaje de los pasajeros; por último debe mencionarse que en el Digesto se incluyó la *Lex Rhodia de Iactu*, que regula la echazón y a la cual se hizo referencia poco antes.”¹⁵

“La figura del *funeraticum* es indudablemente el antecedente romano del contrato de seguro de vida, aun cuando guarda mayor semejanza con el concepto mutualista, por no tenerse la certeza de que los *collegia tenuiorum*, que son asociaciones de la época del imperio cuyo objeto era ayudar a los deudos de los asociados que muriesen, entregándoles una suma de dinero llamada *funeraticum* o indemnización, aportada por los demás asociados mediante una cuota inicial y aportaciones mensuales, se concedía un periodo de gracia o espera a los socios atrasados en el pago de cuotas, antes de cancelar el derecho a la indemnización en caso de muerte, esto puede ser más que una función equiparable a la del asegurador, como su nombre lo indica sólo la asociación de varias personas para un determinado fin.”¹⁶

De acuerdo a lo anterior, es posible afirmar que desde la antigüedad ya se conocía el seguro, no en la forma que actualmente se conoce pero sí en una forma de protección mutua, es decir de mutualidad como es el caso de las citadas *Collegia Tenuiorum* de la época del Imperio Romano.

Es menester mencionar que en Roma existió otro antecedente que puede considerarse como un antecedente rudimentario del seguro de vida o lo que es mejor de un seguro de gastos médicos y que es la ley llamada: “*Liberum corpus estimationem non recipit*, que era máxima de aquel Derecho.

En efecto, la ley 3ª del tít. 1º del libro IX y la 7ª del título 3º del propio libro del *Digesto* contienen aquel precepto. Según estas leyes, si un hombre libre fuese herido, debía ser indemnizado de los gastos de enfermedad, del daño que le causara la cesación en su trabajo y del que experimente por consecuencia de ello, si quedara incapacitado para trabajar, pero nada le era debido por las cicatrices y deformidades que le resultaren, porque un cuerpo libre no era

¹⁵ Cfr, *Idem*.

¹⁶ Cfr. Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. *La Institución del Seguro en México*. Ed. Porrúa. México, 2000. p. 2.

estimable en dinero, haciéndose, por consiguiente, la excepción con respecto a los esclavos, cuyo valor era necesariamente afectado por las cicatrices y deformidades”¹⁷

Por lo mismo al lado de los antecedentes propios del contrato de seguro, son de tratarse también los del mutualismo, por lo que el Autor Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores, ha dicho, “. . . que el seguro nació con el comercio ya que al llevar a cabo ésta actividad mediante la transportación de las mercancías, las mismas eran motivo de exposición a peligros como hundimiento, piratería, robo, ocasionando grandes pérdidas tanto materiales como humanas, creando la necesidad entre los propios comerciantes de unirse a través de mutualidades a fin de protegerse de estas pérdidas y disminuir con esto los riesgos a que se exponían creando al efecto fondos, mismos que se formaban con las aportaciones de los integrantes de esos grupos o mutualidades.

La finalidad de ésta mutualidad era la de hacer frente a los riesgos que amenazaban a los integrantes de la misma, a través de la reciprocidad de los miembros que la integraban.”¹⁸

La palabra “mutualidad se deriva del latín *mutuos*, y es el adjetivo que califica lo que recíprocamente se hace entre dos o más personas, animales o cosas, y significa también lo que es equivalente a la calidad o condición de mutuo.”¹⁹

Sobre el mismo tema de la mutualidad el tratadista Luis Ruiz Rueda, dice: “Esta es un procedimiento económico para hacer frente a las consecuencias de que el riesgo (la eventualidad dañosa), se convierta en realidad y con ello se 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 sufrirán los pocos para quienes se realicen”.²⁰

¹⁷ De Delás, José Ma. Ob. cit. pp. 9,10.

¹⁸ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. Ob. cit. p. 1.

¹⁹ Enciclopedia Salvat. Diccionario. Tomo IX. Ed. Salvat Editores. Barcelona, 1971. p. 2352.

²⁰ Ruiz Rueda, Luis. El Contrato de Seguro. Ed. Porrúa. México, 1978. p. 5.

Por su innegable importancia en la bibliografía sobre el Derecho Romano es necesario observar lo expuesto por el tratadista clásico Eugéne Petit, quien al tratar el tema de las Estipulaciones Pretorianas, Judiciales y Comunes, señala que: "las Instituciones de Justiniano dividen las estipulaciones en cuatro clases, según que sean convencionales, pretorianas, judiciales y comunes, que en un sentido *lato* toda estipulación es convencional ya que no puede existir como todo contrato sin convención. De éstas tienen interés especial, las estipulaciones pretorianas, que ordenaba el *pretor* cuando las partes estaban *In jure*. Las fórmulas de estas estipulaciones eran reguladas de antemano por el Magistrado, que era el único que tenía autorización para interpretarlas; se insertaban en el edicto y las partes tenían prohibido hacer cualquier cambio; las más importantes eran la *Cautio Damni Infecti* y la *Cautio Legatorum*."²¹

De sumo interés para este trabajo, es la parte que el Jurista Eugéne Petit reseña, "al hablar de los contratos formados *re* y que consistían en dar fuerza obligatoria a convenciones de naturaleza muy variada. De estos contratos señala cuatro: el *Mutuum* o préstamo de consumo, el Comodato o préstamo de uso, el Depósito y el *Pignus* o Contrato de Prenda, los cuales tienen la característica común de que permiten la detentación durante cierto tiempo, de un bien determinado y la obligación de restituir lo recibido o su equivalente. Dentro del *Mutuum* tenemos el caso *Nauticum Fenus*, que guarda gran semejanza con el contrato de seguro; como su nombre lo indica es un *Mutuum* especial, en el que el dinero prestado debe ser empleado en el comercio marítimo y queda sujeto a la suerte de un transporte por mar. Por esa razón se le denomina también '*pecunia trajectitia*' (financiamiento del viaje o sólo dinero para el viaje). En ésta, el prestatario no debe nada de dinero si el navío perece; pero debe devolver la cantidad si el viaje llega a feliz término, como compensación de éste riesgo de pérdida y para alentar a los ciudadanos a arriesgar sus capitales en estas operaciones comerciales, que los peligros de la navegación hacían arriesgadas. El prestamista podía hacerse pagar *pingües* intereses, aun superiores a la tasa legal y estos intereses eran exigibles en virtud de un simple pacto y sus reglas están limitadas a la duración del viaje, es decir al tiempo durante el cual los riesgos son a costa del prestamista."²²

²¹ Cfr. Petit, Eugéne. Tratado Elemental de Derecho Romano. Décimo Segunda edición. Segunda reimpresión. Ed. Porrúa. México, 1996. pp. 368, 369.

²² Cfr. Ob. cit. p.n. 376, 380, 381.

Es así como el contrato de seguro es producto de una larga y lenta evolución que se inició en Roma sobre una necesidad de cubrir riesgos, como resulta en el caso anterior "*pecunia trajectitia*" que se trata de un préstamo de dinero, el cual queda asegurado ante la eventualidad de que el viaje fracase con un pago de intereses arriba de los legales, que se equipara a la prima del moderno contrato de seguro y a las características del riesgo que están como lo dice el tratadista Eugéne Petit, limitadas es decir estipuladas, en razón de la duración del viaje (tiempo del seguro) y en base al riesgo de que el viaje tenga éxito o fracaso, siendo este éxito o fracaso, el riesgo asegurado.

1.2 INTERNACIONALES

La denominación de éste apartado como antecedentes internacionales, obedece a las conductas relacionadas con el seguro y que concierne a dos o más naciones, pero de ninguna manera lo que refiere a varias naciones consideradas una a una como es la materia de éste trabajo por lo que propio también sería más que hablar de internacionales, hablar de antecedentes del contrato de seguro de vida en otras naciones o pueblos, excluyendo Roma y México, los que por su importancia la primera como cuna del derecho y nuestro país por ser precisamente nuestra patria y el ámbito o medio social, político, económico, etc., en que nos desenvolvemos, tienen apartados específicos y así se tiene que:

"Después de la caída del imperio romano aparecen las "*guildas medioevales*" bajo la forma de instituciones de asistencia, las que se caracterizaban porque las primas no estaban en relación con las prestaciones. Los germanos tuvieron también organizaciones que disponían en forma similar de fondos para financiar sepelios, ciertas ceremonias del culto pagano o, en mayor escala, algunas operaciones similares... Estas manifestaciones se relacionaban más con un concepto de ayuda mutua que con el contrato de seguro tal como se entiende jurídicamente en nuestros días. Los estudiosos del tema están de acuerdo en que recién al finalizar la Edad Media

comenzaron a formalizarse en algunas ciudades de España y de Italia, contratos de seguro similares a los actuales".²³

Otro antecedente de las *Guildas* lo encontramos durante el Siglo IX en Inglaterra que se caracterizaban "por sus altos fines morales, no permitiendo que ningún asociado fuese víctima de la miseria, a menos que su desgracia fuese una consecuencia del medio de vida que hubiese llevado el asociado en cuanto a sus costumbres y muy particularmente en cuanto a su moral. Este tipo de asociación se extendió a Alemania e Italia, Francia y los Países Bajos y nos ofrecen el interés de que sembraron la semilla de la asociación mutua, pues tenían por objeto agrupar a los mercaderes y artesanos a fin de protegerse mutuamente contra la pérdida de sus bienes a consecuencia de un incendio, o de auxilio, en caso de enfermedad de alguno de los asociados. El espíritu de solidaridad que lograron alcanzar fue tan fuerte que un insulto o daño inferido a algún miembro, era estimado como una ofensa a la colectividad, gracias a la unidad de fin por todos perseguida y al fuerte espíritu de solidaridad que alcanzaron."²⁴

Los gremios eran considerados por el derecho germánico como: "asociaciones de hombres libres formadas al margen de los vínculos de parentesco y destinadas, en cierto modo, a reemplazarlos. También en Inglaterra, durante los siglos X y XI, existieron gremios, cuyas principales características eran 'juramentaciones y libaciones periódicas; en ocasiones, una caja común y, sobre todo, una obligación de *ayuda mutua*'. Estos gremios son en principio sociedades de seguros mutuos. Durante los siglos X y XIII se demuestra que los miembros de los gremios tenían cajas especiales para reemplazar el ganado robado, rescatar de la cautividad, reparar los daños causados por los naufragios, enterrar a los miembros del gremio y para muchas cosas más. La asistencia mutua era considerada como un deber y reemplazaba al seguro ausente."²⁵

Estas mutualidades fueron evolucionando dando lugar a nuevas estrategias de orden económico, en las cuales, los integrantes de los grupos o gremios, efectuaban aportaciones

²³Itzigsohn de Fischuan, María E. En Enciclopedia Jurídica Omeba. Tomo XXV, Ed. Driskill. Buenos Aires, 1991, pp. 322.

²⁴ Barrera S., Luis. Seguros. Fd. Sociedad Colombista Panamericana. La Habana, 1956. pp. 14, 15.

²⁵ Cfr. Halperin, Jean. Los Seguros en el Régimen Capitalista, Análisis Histórico. Serie E. Tratados y Monografías de Economía y Hacienda. Volumen XVI. Ed. Revista de Derecho Privado. Madrid. p. 20, 21.

acordes con el monto de sus intereses, con las que formaban un fondo económico y se destinaban a soportar los daños y el menoscabo ocasionado a otras personas por el robo o pérdida de mercancías, procurando de esta forma evitar situaciones ruinosas a las personas que resultaban afectadas, como para sus acreedores y terceros. En este sentido el objetivo de las mutualidades de comerciantes o mercaderes, consistía en establecerse sobre bases de confianza y lealtad "mutua" de los integrantes. Esta figura constituye el más remoto antecedente del Contrato de Seguro.

Existen antecedentes del seguro en general y pocos del seguro de vida en países como Francia, en el que lo más importante es destacar que dentro de la evolución de lo que se llamaba seguros de vida en Europa, estos eran contratos objeto de especulación y apuesta, ya que era muy generalizada la práctica de concertar apuestas sobre muchos hechos y acontecimientos, dentro de los que no escapó la vida propia y la vida ajena, por lo que incluso se llegaron a considerar contrarios a la moral y a las buenas costumbres.

ESPAÑA.

Fue en España y en Italia, donde la mayoría de los estudiosos están de acuerdo en que al finalizar la Edad Media comenzaron a formalizarse en algunas de sus ciudades contratos de seguros similares a los actuales.

En la España del Siglo XV, ". . . en el año de 1435 en Barcelona, fueron dictadas las célebres Cinco Ordenanzas, reglamentando detalladamente el seguro de transporte, y es así como algunos tratadistas afirman que de España se difundió el seguro a los países que en aquella época le pertenecían para posteriormente pasar a los Países Bajos, Inglaterra y Alemania"²⁶; son consideradas como el primer instrumento codificado en materia de seguros; a partir de la expedición de éstas ordenanzas siguieron varias más, entre las que se mencionan el Consulado de Burgos, las Ordenanzas de Sevilla, Bilbao, Florencia, Venecia y Génova, que consideraron al

²⁶ Barrena S., Luis, Ob. cit. p. 15.

seguro como un contrato especializado, cuyo objeto era garantizar los mayores beneficios, evitar fraudes e impedir tasas excesivas, los seguros eran gestionados y colocados por corredores, quienes colaboraban con los comerciantes en la compra y venta de mercancías.

Cabe señalar que se considera a Barcelona el primer pueblo en el mundo que reguló con fuerza de ley, el contrato de seguro, y así se tiene que “. . . el acto aparece regulado en un Edicto de los Magistrados Municipales de Barcelona, que se publicó en 1435, . . . en el edicto, aparte de algunas reglas relativas al Derecho Internacional se recuerdan principios generales con el único objeto de remediar ciertos abusos que hacían degenerar el seguro en verdadera apuesta, y que, por tanto, los Magistrados de 1435 se encontraron en presencia de principios fijos, concretándose a limitar la esfera de su aplicación. Este Edicto de los Magistrados Municipales de Barcelona (*Ordenances dels Magistrats de Barcelona*) se insertó en la edición de 1494 del Libro del Consulado del Mar”.²⁷

Sin embargo, existe un antecedente que hace presumir que el origen del seguro es anterior al año de 1435, y que se encuentra en la Ordenanza de Fernando, que reinó en “. . . Portugal de 1367 a 1383, según la cual todas las naves portuguesas de capacidad mayor a cincuenta toneladas, constituían asociaciones de seguros mutuos,”²⁸ desafortunadamente no se conoce la totalidad de ésta Ordenanza y sólo se cuenta con éste fragmento del texto, por lo que no hay alguna conclusión en cuanto a que sea o no el origen del seguro.

El Consulado del Mar destaca como la colección de costumbres (recopilación de leyes o prácticas consuetudinarias), que adquirió mayor autoridad y se mantuvo por más tiempo en el Mediterráneo, elaborado sobre la base de anteriores colecciones españolas, que agrupaban las costumbres y prácticas, sin embargo no se tiene la fecha exacta de su publicación, ya que algunos autores lo sitúan en el año 1370, pero también el autor Roberto L. Mantilla Molina, en su obra Derecho Mercantil, señala que el “Consulado del Mar” es probablemente anterior al año 1268.

²⁷ Cfr. De Delás, José Ma. Ob. cit. p. 19.

²⁸ Cfr. Idem.

Esta recopilación o Consulado del Mar siendo española, llegó a ser norma vigente, es decir adquirió autoridad de ley en los puertos italianos y llegó a poner en segundo lugar a las leyes y disposiciones de los distintos principados y territorios de la ahora Italia que por su parte, tuvo también un destacado lugar en los esfuerzos de codificación.

También es España, junto con Italia, el país que en los Siglos XV y XVI destaca en la organización de los seguros, en lo que el contrato de seguro marítimo fue el primero, basado en el préstamo de riesgo marítimo conocido desde la antigüedad y que después se denominó préstamo a la gruesa, éste tiene como antecedente el ya mencionado en el capítulo correspondiente a Roma, del *Mutum* en caso de *Nauticum Fenus*.

Entre los años de 1436 a 1484 se publican en Barcelona las primeras ordenanzas en que se regula el seguro marítimo, y así tenemos que en 1458 se publicó una importantísima "Ordenanza sobre seguros marítimos, formada de 21 Capítulos, algunos de los cuales fueron modificados por declaraciones y correcciones hechas en 1461.

En 1494 los comerciantes de Burgos obtuvieron la jurisdicción consular formando el consulado varias Ordenanzas que, confirmadas por D. Carlos y D.^a. Juana en Pragmática de 18 de Septiembre de 1538, se coleccionaron y publicaron en 1553 con el título de 'Ordenanzas hechas por el Prior y Cónsules de la Universidad de la contratación de esta M.N. y M.L. ciudad de Burgos, por Sus Majestades confirmadas, para los negocios y cosas tocantes a su jurisdicción e juzgado.'. De todas ellas, las más interesantes son las 'Ordenanzas de los Seguros Marítimos, que formaron el Prior y Cónsules de la Universidad de mercaderes de Burgos en 1537', las cuales constan de 38 capítulos, y que suponen otros más antiguos y el uso del seguro. También a Sevilla se le concedió jurisdicción de Consulado en 1539, y en 1554, Carlos I aprobó las Ordenanzas que formaron el Prior y Cónsules, presididos por un juez real del Consejo de las Indias, en 24 capítulos, bajo el título general de 'Ordenanzas para el prior y Cónsules de la Universidad de los mercaderes de la ciudad de Sevilla, aprobadas por Real Cédula de 1554', siendo las más notables de cuantas publicó este Consulado las 'Ordenanzas para los seguros marítimos, que formaron el Prior y Cónsules de la Universidad de Sevilla, con respecto a la navegación a las Indias Occidentales, en 1555' divididas en 33 capítulos y confirmadas en 14 de Julio de 1556.

La Ordenanza de Felipe II para la Bolsa de Ámsterdam es de 1593; la Ordenanza de Róterdam, la de Middelbourg y las Costumbres para los seguros de Ámsterdam son del año 1598”.²⁹

Cabe mencionar que en el año de 1539 que se concede jurisdicción a Sevilla es en particular a la “Casa de Contratación de Sevilla a la que se atribuyó la facultad jurisdiccional, que en su principio tuvo el monopolio del comercio con las Indias, respecto del cual conservó durante mucho tiempo gran importancia; en 23 de agosto de 1534, como anexa a dicha Casa, se formó real orden, la Universidad de Cargadores de las Indias, con las mismas facultades jurisdiccionales que tenían los Consulados de Burgos y de Bilbao.”³⁰

En 1568 se dictaron las “Ordenanzas del Consulado de España en Brujas, donde sólo se admitía el seguro sobre la propia vida cuando tenía por objeto compensar a los herederos, a los sucesores o a terceros de los daños que se produjeran por la pérdida de una pensión o de un usufructo de los que el titular fuese el asegurado. Los seguros sobre la vida de un tercero, solamente se admitían cuando eran para asegurar el cumplimiento de una deuda o en los términos que las mismas Ordenanzas establecían. En ambos casos se tenía que probar la existencia del interés”.³¹

En México actualmente algunas comercializadoras de automóviles o vivienda imponen éste seguro a su clientela, lo que es contrario a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

También existieron las Ordenanzas de Bilbao que fueron durante mucho tiempo las que se observaron en la mayor parte del reino hasta la publicación del Código de Comercio verificado por Real Cédula de 30 de Mayo de 1829, disponiéndose que entrara en vigor el 1º de Enero de 1830, anterior a estas Ordenanzas se aplicaban las de la Ciudad de Burgos que se hicieron extensivas por Real Cédula de 22 de Junio de 1511.

Las Ordenanzas de Bilbao publicadas y mandadas ejecutar por “Cédula de 2 de Diciembre de 1737, se dictaron para aclarar las dudas y confusiones que se padecían, para evitar pleitos y

²⁹ Cfr. De Delás, José Ma. Ob. cit. pp. 20-21.

³⁰ Mantilla Molina, Roberto L. Derecho Mercantil. Vigésimo Novena edición, Séptima reimpresión. Ed. Porrúa. México, 2000, p. 11.

³¹ Carbonell Puig, Jordi. Los Contratos de Seguro de Vida. Ed. Bosch Casa Editorial. España, 1994. p. 116.

discordias entre los comerciantes y precaver en lo posible las dilaciones y daños que de los pleitos se originaban, y para que los tratantes y navegantes se mantengan en paz y justicia, desviando en lo posible dudas, diferencias y pleitos, como se expresa en el Principio de Ordenanzas, comprenden 29 capítulos, subdivididos en números.

De esos capítulos el 22 trata de los seguros, sus pólizas y forma de hacerse, materia ampliamente desarrollada en 50 números, en los que se define el contrato de seguro, tal como hoy mismo se entiende y se da fuerza y validez a las Pólizas, insertando dos fórmulas de Pólizas, una para mercaderías, y otra para navío, para evitar ignorancias y que todos sepan el modo de correr en estos casos”.³²

Posterior a las Ordenanzas se encuentra el Código de Comercio promulgado el 30 de Mayo de 1829, que entró en vigor el 1º de Enero de 1830, en el que el título 8º del Libro II, regulaba los seguros de conducciones terrestres, y en el título 3º del libro III, en su tercera sección, se desarrolla todo lo relativo a los seguros marítimos, pero con grandes deficiencias, pues los seguros contra incendios, sobre cosechas, animales y sobre la vida, penetraron en España a impulso de Sociedades o Compañías Extranjeras. Este Código fue substituido por el Código del 22 de Agosto de 1885, que estableció los principios jurídicos por los que deben regirse los contratos de seguros terrestres en general, y particularmente los seguros contra incendios y sobre vida, subsana los defectos y omisiones que tenía el Código de 1829. Para satisfacer las necesidades del Estado, el 14 de Mayo de 1908 se promulgó una Ley, con el Reglamento definitivo para su ejecución de 2 de febrero de 1912.

ITALIA.

Como ya se mencionó, es Italia junto con España, donde a finales de la Edad Media comenzaron a formalizarse en algunas de sus ciudades, contratos de seguros muy similares a los actuales.

³² De Delás, José Ma. Ob. cit. pp. 23, 24.

Dentro de éste apartado es necesario reconocer la intervención de la autoridad papal, pues no es posible desconocer la inmensa influencia que tuvo el clero en la vida social y económica de la Edad Media, así el seguro marítimo surge a principios del siglo XIII como consecuencia de la prohibición que hacía el Derecho Canónico del préstamo a la gruesa. "En 1234, el Papa Gregorio IX, consideró que dicho préstamo implicaba usura. Para sustituirlo se reemplazó el desembolso inmediato de una cantidad de dinero, por la indemnización que debía recibir el propietario del buque en el caso de que se produjeran los daños".³³

Entre los instrumentos de codificación en materia de seguros, se tienen las Ordenanzas de Florencia, Venecia y Génova, que consideraron al seguro como un contrato especializado cuyo objeto era garantizar los mayores beneficios, evitar fraudes e impedir tasas excesivas.

De esta manera, fue el seguro marítimo el que logró el desarrollo del concepto de seguro y que así mismo, logró que el concepto de aseguramiento de bienes, personas y responsabilidades, pasara a formar parte de la vida en sociedad, cuya práctica fue desarrollada por los pueblos Italianos de Venecia y Lombardía, que a su vez produjo su introducción en Inglaterra, donde despegó en toda su modernidad.

En los archivos de Florencia y Génova se hallaron documentos que hacen suponer que el seguro de vida ya existía en el siglo XV, pues dichos documentos se refieren a contratos basados en los riesgos de muerte, en ellos una de las partes se comprometía a pagar mediante una retribución, una cantidad de dinero determinada a la otra, cuando ocurriera la muerte de la persona que se señalara específicamente en el contrato, la prima se fijaba caprichosamente y se trataba solo de contratos aislados.

Existen documentos antiguos como "las disposiciones del puerto de Cagliari de 1318: los *Statuti di Calimala* de 1322; un decreto del Dogo de Génova de 1336; los libros de comercio de Francesco del Bene y Cía. de Florencia de 1318-1350; y las *Quitanze Grossetana* del 22 de abril de 1329. Si son discutidos entre los tratadistas estos antecedentes, si existe unanimidad en aceptar uno datado el 23 de Octubre de 1347, y en reconocer que ya en la segunda mitad del siglo XIV estaba ampliamente difundido en Pisa, Florencia y Génova, que son las primeras en

³³ Cfr. Itzigsohn de Fischuan, María E. En Enciclopedia Jurídica Omeba. Tomo XXV. Ob. cit. p. 322.

darle normas legislativas. Los Lombardos llevaron su práctica a Francia, Portugal, Flandes, España e Inglaterra.”³⁴

En relación con lo anterior, también el autor Antonio Minzoni Consorti dice: “El seguro marítimo –aun sin reglamentación- fue la primera actividad en la que se desarrolló el seguro y el documento histórico que puede considerarse como la primera póliza del seguro marítimo, lleva fecha 23 de Octubre de 1347.- se debe al descubrimiento de Enrico Bensa, estudioso italiano en materia jurídica. El documento escrito en un latín medio bárbaro, se expresa así en castellano:

‘En nombre del Señor, así sea Yo Giorgio Lecavello, ciudadano genovés, declaro a ti, Bartolomeo Basso, que recibo de ti, a título de préstamo gratuito, 107 liras de <<Genovini>> y te prometo con solemne contrato que devolveré éstas 107 liras dentro del término de seis meses si tu <<cocca>> llamada <<santaclara>> ya lista para salir desde el puerto de Génova, saldrá y navegará con viaje regular hacia el puerto de Mayorca, atracando allí sana y salva. En tal caso, el presente contrato será considerado nulo y como no hecho. Si esto no ocurriere, prometo pagarte como castigo, el doble de dicha cantidad bajo pena de hipoteca y vínculo de todos mis bienes y de todos mis créditos. Hecho en Génova, en Banchi, en un pieza de la casa de los hermanos Carlo y Bonifacio Usodimare en el año del Señor 1347, el 23 de octubre al atardecer.’

Es interesante continúa diciendo el citado autor, hacer notar que en el documento no se habla de <<prima>> ni se menciona el aseguramiento contra los riesgos de la navegación porque las leyes dogales (el Doge era el Príncipe de la República de Génova al igual que en la República de Venecia) prohibían la estipulación de contratos de seguros, por lo que el Señor Basso y el Señor Lecavello dieron al contrato la forma de un contrato de mutuo. Sin embargo, resalta en el documento el espíritu del contrato de aseguramiento, que es la indemnización de una pérdida mediante desembolso de dinero, tal como aparece en el texto que se ha reproducido. Durante los siglos XIII y XIV los cambistas Lombardos y Florentinos literalmente se habían adueñado de los mercados y ferias inglesas, y fueron los genoveses los primeros en ejercer la actividad del seguro, aún sin existir leyes u ordenanzas sobre ella.”³⁵

³⁴ Halperin, Isaac. Seguros. Volumen I. Ed. De Palma. Buenos Aires, 1991. p. 2

³⁵ Minzoni Consorti, Antonio. Ob. cit. p. 24.

“Los primeros contratos de seguro datan del siglo XIV en Italia; Génova en 1347, Pisa en 1385, y en Florencia en 1397. En 1369 en una Ordenanza del Dux de Génova, aparece por primera vez la palabra *asseguramentum*, empleada en el sentido del seguro.”³⁶

“En 1347 aparece en el protocolo de un notario genovés un préstamo de seguro, que tal vez no tenga de préstamo sino la forma, tratándose en realidad de un auténtico seguro. Los archivos de la ciudad de Florencia conservan los libros de un comerciante que, a partir de 1319, menciona entre sus gastos los costos del riesgo de transportes marítimos. En Génova en 1393 y en un periodo de tres semanas, un solo notario extendió más de 80 contratos de seguro, aunado a lo anterior tenemos una póliza de seguro marítimo que data del año 1385, es la primer póliza que se ha encontrado y está fechada en Pisa”,³⁷ pero se cree que en Génova ya se habían expedido pólizas y que las más antiguas no están redactadas en latín sino en italiano, que era el lenguaje del comercio y la práctica en esa época.

Al principio estas pólizas llevaban el nombre de “*scritte*” (escritos), posteriormente se les llamó “*polizza*” que designaba todo documento probatorio que no tenía que adoptar forma solemne, y se redactaban y firmaban por los corredores.

De las leyes italianas en materia de seguros de que se tiene noticia cabe mencionar la Tabla Amalfitana como la más antigua de todas; Los *Ordinamenti di Trani*; El *Capitulares Nauticum* de Venecia del año de 1265; los Estatutos de Ancona (Adriático Italiano) de 1397, de los que surgió la Ordenanza Francesa de 1681 del Comercio Marítimo de Juan Bautista Colbert, que con pocos cambios pasó a formar parte del Código de Comercio Francés.

Por lo anterior es que la mayoría de los tratadistas coinciden en que es en España y en Italia, donde nace el seguro y que encabezan la organización de seguros en los siglos XV y XVI, siendo importante resaltar que la regulación se basaba principalmente en el contrato de seguro marítimo; y así encontramos por ejemplo una póliza de 1531 firmada en Amberes para asegurar un navío de Lübeck en la que de los cuarenta y cuatro aseguradores que participan en la operación casi todos eran italianos y españoles.

³⁶ Cfr. Barrera S., Luis. Ob. cit. p. 15.

³⁷ Cfr. Halperin, Jean. Los Seguros en el Régimen Capitalista, Análisis Histórico. Serie E. Tratados y Monografías de Economía y Hacienda. Volumen XVI. Ed. Revista de Derecho Privado. Madrid. pp. 28, 29.

Así llegamos al Código de Comercio de 1865 que se limitó a enumerar entre los actos de comercio al seguro, con una deficiente regulación en cuanto al ordenamiento jurídico y sólo se refería al seguro marítimo, fue hasta el 11 de Junio de 1874 que se dictó en Italia una Ley que reguló al seguro terrestre, sin conocer datos específicos de dicha ley.

FRANCIA.

En el siglo XVII Lorenzo Tonti banquero italiano, fundó en Francia la primera Caja de Seguros mutuos sobre la vida, llamadas Tontinas, idea que el cardenal Mazarino incluyó en el Edicto de Noviembre de 1653 dándole el nombre de "Tontina Real"; pero este sistema tiene como antecedente una forma de asociación que se llevaba a cabo en Egipto, en el que este tipo de asociaciones ". . . eran agrupaciones de personas que ingresaban aportaciones a un fondo común que se repartían entre todos los supervivientes cuando llegaban a una determinada edad."³⁸, sin embargo el edicto no se ejecutó ni se llevó a la práctica porque el Parlamento rechazó su aprobación, y fue Luis XIV quien recurrió a este medio en 1689, 1696 y 1709; Posteriormente la idea de las Tontinas tuvo otra aplicación ya que dió nacimiento a instituciones privadas de seguros mutuos sobre la vida, tales como la "*Caisse Lafargé, la Caisse des employés et des artisans y la Tontine du pacte social*"³⁹

A finales del siglo XVI se publica en Ruan una compilación privada, el "*Guidon de la Mer (Gallardete del Mar)*", de 1681, y se considera que la manifestación más importante de la actividad legislativa en materia mercantil antes de la Revolución Francesa, la constituyen las Ordenanzas de Colbert, sobre el comercio terrestre en 1673 y el marítimo en 1681, pero éstas compilaciones se redactaron con la finalidad de poner un alto a la práctica del juego e incitación a la muerte del asegurado, ya que se daban verdaderas apuestas sobre la vida de los individuos, igualmente los límites indefinidos que habían existido hasta ese entonces entre el seguro y la apuesta fueron la causa de que en los siglos XVI y XVII se dictaran las Ordenanzas de Amberes

³⁸ Carbonell Puig, Jordi. Ob. cit. p. 116.

³⁹ De Delás, José Ma. Ob. cit. p. 59.

de 1570, Ámsterdam de 1598, Middelburg de 1600 y Róterdam de 1694 entre otras, con la finalidad de prohibir o limitar dichas apuestas.

A consecuencia del gran incendio de Londres de 1666, se introdujo en Francia desde comienzos del siglo XVIII las "Cajas de Socorros" conocidas como "*Bureaux des incendies*"; en París en 1717, luego en el interior del país y posteriormente en 1750 se creó la primer sociedad, *la Chambre Générale des Assurances de Paris*, desafortunadamente la Revolución de 1789 dejó sin efectos estas compañías pues se dictó un Decreto el 24 de Agosto de 1793 que suprimió las compañías de seguros que resurgieron tiempo después, teniendo noticia de una Mutua contra incendio hasta el año de 1816 que se conoció con el nombre de Mutua inmobiliaria de Paris; en 1819 apareció un Decreto autorizando la "*Compañía d'Assurances Générales*", que era una compañía de seguros contra incendio a prima fija, la cual al año siguiente obtuvo la autorización para el ramo de vida, sin ser ésta la primer compañía de seguro de vida.

En 1820 se autoriza la "*Compañía Royale d'Assurance*," que en 1830 cambia el nombre por el de "*La Nationale*" y desde el año de 1859 comenzaron a proliferar las compañías de seguros en todas las ramas, como es el caso de la "*Compagnie l'Automédon*" dirigida a los seguros contra accidentes creada en 1825, pero que tuvo auge hasta el año de 1880.

La primer compañía de Seguros sobre la Vida se autoriza en 1787; y los primeros contratos sobre seguro de responsabilidad civil se celebraron a comienzos del siglo XIX en 1825, es lógico pensar que no se encontraban totalmente regulados.

"En 1874 Mr. Frédéric Chatelús tipógrafo de Lyon, expuso en Havre su idea de constituer un fondo perpetuo para las clases proletarias, reuniendo un grupo de hombres que cotizasen una peseta cada mes, para repartirse los intereses por igual al cabo de 20 años de iguales sacrificios. El apóstol de esta idea fue propagando su buena nueva en los círculos y en los talleres donde trabajaba, hasta que el 12 de Diciembre de 1880 pudo crear la primera sociedad de esta clase con el nombre de "*Les Prévoyants de l'Avenir*"⁴⁰

⁴⁰ De Delás, José Ma. Ob. cit. p. 62.

INGLATERRA.

La mayoría de los autores consultados coinciden en que en el Siglo XVIII, Inglaterra alcanzó un fuerte liderazgo en materia legislativa sobre el contrato de seguro, lo que sin duda obedece a que coincide con la etapa de consolidación de su dominio colonialista en África y en Asia, esto obligaba a realizar importantes operaciones de comercio de mercancías e igualmente a afrontar peligros de piratas y contingencias marítimas.

Durante los siglos XIII y XIV los cambistas Lombardos y Florentinos literalmente se habían adueñado de los mercados y ferias inglesas y fueron los genoveses los primeros en ejercer la actividad del seguro, aún sin existir leyes u ordenanzas sobre ello. Fuera de ésta influencia italiana predominaron las llamadas guildas medievales, que eran asociaciones gremiales de ayuda mutua para los casos de incendio y naufragio, que llegaron a tener importancia religiosa, económica e inclusive militar, sin embargo la reforma protestante las disolvió, seguramente por ser contrarias a la exaltación del trabajo que como valor principal pregona esa reforma religiosa.

La actividad aseguradora de los cambistas Lombardos, Florentinos y Genoveses y en general de los italianos permaneció prácticamente naturalizada en Inglaterra a través de ellos, los seguros eran gestionados y colocados por corredores de éstos orígenes, quienes además colaboraban en el asesoramiento de los comerciantes para la compra y venta de mercancías, es hasta principios del siglo XVIII que este negocio del corretaje a falta de locales propios se localiza en los cafés, especialmente en el de *Edward Lloyd* en la ciudad de Londres, donde se concretaban operaciones de aseguramiento en materia de comercio y transporte marítimo exclusivamente.

Sin embargo el seguro mutuo local existió en Inglaterra antes del mencionado gran incendio de Londres; en 1609 se formuló un proyecto de seguro para las casas, mediante una prima fija, pero los principios religiosos impidieron su aplicación, manifestando que “. . . el incendio como los demás azotes que afligen a la humanidad, es la obra de Dios y no se salvaría sin pecar, quien pusiera obstáculos a la voluntad divina, suprimiendo el pago de una indemnización el castigo que ella entiende debe infligir a ciertas personas.”⁴¹

⁴¹ De Delás, José Ma. Ob. cit. p. 50.

En 1666 el incendio de la ciudad de Londres, implica el desarrollo de los seguros de ese ramo y con ellos, se plantea por primera ocasión la posibilidad de reparar, en lugar de amortizar las pérdidas; surgieron además las Pólizas de Incendio similares a las que conocemos y con las características de homogeneizar el riesgo.

En Londres a fines del siglo XVII y comienzos del XVIII, los salones de café eran concurridos por los hombres de negocios para conocer las noticias más nuevas sobre la navegación, y es así como alrededor de 1680 *Edward Lloyd* abrió en *Tower Street* uno de estos cafés, el cual comenzó a ser frecuentado por armadores, mercaderes y capitanes de marina, llevándose a cabo varias subastas de barcos. Aproximadamente en el año de 1734 en el café de *Lloyd* se llevó a cabo la publicación de la *Lloyd's List*, el segundo periódico en orden de antigüedad que se conoció. *Lloyd's* creció en influencia y fuerza, y después de varios cambios los suscriptores encontraron alojamiento en la Bolsa Real de Comercio, donde permanecieron hasta que se inauguró su edificio en *Leadenhall Street*, en 1928.

En 1680 y como consecuencia de las reuniones en los cafés, los particulares fundaron una Compañía de incendio con el nombre de "*Fire Office*", que posteriormente cambió su nombre al de "*Phenix*". Otro sistema que no tuvo gran éxito fue la *Corporation of London* dedicado al seguro municipal; en el año de 1683 se fundó "*The Friendly-Society*", que se convirtió en el segundo competidor de "*The Fire Office*"; en 1696 se creó la "*Hand in Hand*" que se constituyó como mutualidad para el seguro de edificios; en 1707 aparece la "*Lombard house*" primera compañía dedicada al seguro de mobiliario; en 1710 nace la "*Sun Fire Office*" que se basó en un proyecto de 1708 sobre seguro de géneros y mercancías; en 1714 surge la "*Unión Fire Office*" en forma de mutualidad para el seguro de géneros; y la "*Westminster Fire Office*" que comenzó sus actividades en 1717.

La póliza más antigua que se conoce es de 1547 y curiosamente se encuentra escrita en italiano; asimismo tenemos que la primera Compañía Inglesa que explotó el seguro de vida lo hizo bajo la forma de rentas vitalicias. Se trata de la "*Mercer's Company*", fundada en 1698 en Londres para la ayuda de ancianos y viudas, desafortunadamente esta compañía utilizaba una clasificación por edades bastante arbitraria, por lo que fracasó y en 1746 desapareció. Otra compañía fue la "*Amigable Society for a Perpetual Assurance Office*" fundada en 1706, que

aplicó al seguro de vida el principio de las tontinas, ésta se fusionó en 1866 con la "*Norwich Unión*".

En el año de 1720 surgieron dos Sociedades la "*London Assurance Company*" y la "*Royal Exchange Assurance Corporation*", que obtuvieron sendas Cartas Reales. "*La Bubble Act* de 1720, que autorizaba la concesión de estas cartas de privilegio, prohibía también a otras corporaciones (compañías anónimas), asociaciones y sociedades realizar actividades de seguro marítimo. Por tanto la competencia sólo podía proceder de individuos privados, que continuaban suscribiendo pólizas de transportes. Ciertamente, fue durante el siglo XVIII cuando la suscripción de seguros marítimos, se convirtió en un negocio especializado. Los suscriptores y mercaderes se asociaron y desarrollaron la organización conocida como *Lloyd's*,⁴² que ya quedó mencionado.

El seguro de vida se conoce por ser el aseguramiento de una suma pagadera al fallecimiento del asegurado, a cambio del abono de una prima uniforme o variable, fue practicada hasta 1762 por la "*Equitable Society for the Assurance on Life and Survivorship*". Sin embargo existe el dato de que en 1583 surge la primera póliza de vida, los datos son cambiantes según cada autor los encontró de diversa manera en sus respectivas investigaciones, sobre esto mismo, el Autor José de Jesús Martínez Gil dice que: "Es Londres la ciudad donde se da mayor impulso al seguro, pues del celebre incendio de 1666, nace el seguro contra incendios y un Siglo más tarde con el *Gambing Act* de 1764 el **Seguro de Vida**"⁴³

También se tiene noticia que la primera póliza de seguro sobre la vida se expidió en 1583 por la *Royal Exchange de Londres*, pero no fue sino hasta finales del siglo XVIII cuando se fijaron las bases de cálculo, para el desarrollo del seguro de vida.

En Londres, se encuentran formatos de contratos de seguro que datan del siglo XVI, al igual que en el resto de Europa, esos contratos eran objeto de especulación y apuestas, aunque se les llamaba seguros de vida, ya que era muy generalizada como ya se mencionó, la práctica de celebrar apuestas sobre diversos hechos y acontecimientos, por lo cual se dictaron disposiciones

⁴² Manzano Martos, Francisco Javier. Elementos del Seguro. Ed. Mapfre. Madrid, 1973. p. 29.

⁴³ Martínez Gil, José de Jesús. Manual Teórico y Práctico de Seguros. Quinta edición. Ed. Porrúa. México, 2004. p. 37.

en varios países prohibiendo absolutamente la realización de los llamados seguros de vida y de los juegos y apuestas, algunos autores incluso llegaron a considerar contrarios a la moral y a las buenas costumbres los contratos sobre la vida de las personas.

Ya en 1844 el Parlamento votó la "*Joint Stock Companies Act*" que era una ley hecha para proteger al público contra los engaños de las Compañías; en 1863 se crea la "*Limited Liability Lawa*" que es una ley general sobre sociedades que velaba principalmente por los intereses de los accionistas; y el 9 de Agosto de 1870 se dicta la ley sobre sociedades de seguros titulada "*Life Insurance Companies Act*".

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

En Estados Unidos de América, el seguro de vida se derivó como en todos los países que se han mencionado, del seguro marítimo; pero sin tener gran número de noticias del seguro en este país, sin embargo a mediados del Siglo XVIII, en el año de 1759, en Filadelfia se estableció el Fondo de Ministros Prebisterianos que tiene una gran importancia por ser la primera corporación que se organizó en América a fin de proporcionar beneficios pagaderos en caso de muerte, y porque sobrevivió durante muchos años y que además se extendió para incluir a los estudiantes de colegios prebisterianos.

En los últimos años de ese mismo Siglo XVIII, surgieron alrededor de 30 compañías de seguros de entre ellas la primera que hizo negocios de seguro de vida en América, fue la "Insurance Company Of North America", que fue registrada en el año de 1794, abandonando sus operaciones en 1804.

Posteriormente para garantizar los pagos de las reclamaciones se organizaron las Compañías de Seguros por Acciones, de entre las principales tenemos la "*Pennsylvania Company*" dedicada a los Seguros de Vida y Concesión de Pensiones de 1809; "*La Massachusetts Hospital Insurance Co.*" de 1818; creada para hacer negocios de pensiones vitalicias que hasta entonces habían

sido un monopolio del Hospital del Estado de Massachusetts y también para hacer negocios de seguros de vida; y la *"New York Life Insurance and Trust Co."* de 1830, fue la primer compañía que estableció un sistema operativo a base de agentes.

En 1836 se organizó la *"Girard Life Insurance & Trust Co."*, de Filadelfia, esta compañía tenía semejanza con las mutualistas que aparecieron tiempo después, siendo la primera la *"Manual Life Insurance Co."* de Nueva York, que obtuvo su concesión en 1842 y comenzó sus actividades un año más tarde. *"La New England Mutual Life Insurance Co."* que comenzó con sus negocios al final de 1843 siendo registrada desde 1835, a estas compañías les siguieron la *"New Cork Life"*, la *"Mutual Benefit"*, la *"State Mutual"* y la *"Connecticut Mutual"* organizadas entre 1840 y 1850 como compañías mutualistas, en 1859 se crea la *"Equitable Life Assurance Society of the United States"*.

Otra clase de seguro surgió en Octubre de 1917, cuando poco después de que Estados Unidos entrara a la Primera Guerra Mundial, el gobierno estableció un plan de seguros para sus soldados y marinos administrado por la oficina de Seguros de Riesgo de Guerra.

En cuanto al control legislativo de estas compañías y del contrato de seguro, se tienen la *"Ley del 5 de Abril de 1859, que se crea con el objeto de vigilar el registro de las compañías; la Ley de 2 de Abril de 1883 de New York que regula la organización de las Sociedades Mutuas de seguros sobre la vida; la Ley de 23 de Mayo de 1884 en Massachusetts que regula la actividad de las empresas extranjeras; la Ley del 21 de Abril de 1885 que define los poderes del Comisario de Seguros encargado de vigilar esta actividad; la Ley del 8 de Junio de 1885, que reglamenta el funcionamiento de las empresas extranjeras en el territorio de Massachusetts; la Ley de 21 de Abril de 1887 en Pennsylvania sobre codificación de los estatutos relativos a las Sociedades de Seguros; la Ley de 7 de Mayo de 1888 que es una reproducción de la ley de New York y la Ley de 1º de Junio de 1900 en Massachusetts para el registro sobre las empresas de seguros sobre la vida y formula las reglas de cálculo para las reservas matemáticas."*⁴⁴

⁴⁴ De Delás, José María. Ob. cit. pp. 55,56.

Con la necesidad de regular la actividad aseguradora, posterior al año de 1900, se crea la Ley de Seguridad Social (*Social Security Act*) que fue puesta en vigor en Agosto de 1935, en la que se establece un plan de seguro de vida por contribución.

1.3 MÉXICO.

Para poder conceptualizar lo que es el Contrato de Seguro en México, es importante hacer referencia a los sucesos previos que dieron lugar a su creación, a este respecto el doctrinario Luis Ruiz Rueda dice: "la época de la Colonia Española, durante la cual, la normatividad legal de ese entonces se encontraba sujeta a los dispositivos emanados de las leyes del país conquistador, que conformaban ordenamientos tales como: el Consulado de la Universidad de Mercaderes de la Nueva España, las Ordenanzas de Sevilla, de Burgos y de Bilbao, que son tomadas como punto de partida para la fundación de la primera empresa de seguros en el año de 1789, que tuvo lugar en el puerto de Veracruz y que operaba en el ramo marítimo; acontecimiento que fue secundado por otra empresa aseguradora del mismo ramo instalada en dicho lugar en 1802."⁴⁵

El autor Antonio Minzoni Consorti en la obra citada, al tratar de los antecedentes del seguro en México, señala que antes del periodo colonial se encuentran entre los Mayas y entre los Chichimecas algunas situaciones que pueden considerarse como cierta forma de seguro, ya que manejaron indemnizaciones y el pago de deudas, citando un texto de la Enciclopedia Yucatanense del siguiente contenido: "El culpable se entregaba al ofendido para que lo castigase por su propia mano, lo perdonase o se satisficiera con una indemnización aunque el delito fuere grave, que si el indemnizado moría antes de serlo, sus familiares heredaban el derecho a cobrar el adeudo; por otra si el que debía una indemnización no podía cumplirla o sólo podía hacerlo parcialmente, era ayudado por sus familiares y amigos"⁴⁶

⁴⁵ Cfr. Ruiz Rueda, Luis. *El Contrato de Seguro*. Ed. Porrúa. México, 1978. pp. 23, 24.

⁴⁶ Minzoni Consorti, Antonio. *Ob. cit.* pp. 24, 25.

Continúa diciendo Minzoni que en el homicidio, el criminal podía ser condenado a muerte por los deudos del difunto o quedar como esclavo de ellos, o bien pagar una indemnización en dinero o cosas preciosas; el incendiario era condenado a muerte o tenía que satisfacer el daño, también la misma enciclopedia Yucatanense según éste autor, registra algo como un seguro para garantizar el pago de deudas, ya que para los Mayas el crédito era lo más notable en las operaciones mercantiles y descansaba en la absoluta buena fe de los contratantes.

Igualmente cita éste autor a Bernardo de Alba en su Historia de los Chichimecas que habla de una previsión en caso de muerte que otorgaría el Rey de Texcoco Netzahualcóyotl y dice: <<Siendo éste rey un monarca el cual gastaba gran parte de sus rentas buscando pobres y meritorios en que emplearlas cuidaba que los guerreros mutilizados (sic) y aquellos que de alguna manera habían sufrido por el servicio público en caso de muerte a los familiares se les extendiera su socorro>> esto último, más bien puede considerarse un seguro de vida a cargo del estado.

El citado autor dice que durante el largo periodo de la dominación española en la Nueva España, se introdujo la legislación del país Ibérico por lo cual en materia mercantil estuvieron en vigor las Ordenanzas del Consulado de la Universidad de los Mercaderes de la Nueva España, confirmadas por el Rey el 24 de Julio de 1604, las que aclaraban que en materia de seguros, cuando llegara a presentarse deberían regirse por las Ordenanzas de Sevilla.

En 1789, "varios comerciantes de Veracruz constituyeron la primera Compañía de Seguros en México que con un capital de \$230 mil cubría solo riesgos marítimos y tuvo una corta vida debido a la guerra entre España e Inglaterra. En 1802 se creó la compañía de seguros marítimos Nueva España con un capital de \$400 mil, que tenía el mismo objeto que la anterior y operaba en toda América, para el primer semestre de 1803 sus operaciones alcanzaban \$740 mil. En la última década del siglo XIX vendían seguros sobre vida dos compañías nacionales: La Mexicana y La Fraternal y siete norteamericanas".⁴⁷

En el año de 1821 después de la consumación de la independencia, con la finalidad de no violar el orden jurídico imperante en esa época se consideró provechoso continuar aplicando la

⁴⁷Enciclopedia de México. Tomo XI. Ed. Enciclopedia de México. México, 1997. p. 367.

legislación española, siempre y cuando no obstaculizara la nueva situación que prevalecía en el país, en tal virtud se continuaron aplicando las Ordenanzas de Bilbao, mientras se daba origen a las nuevas y diversas leyes mercantiles del México Independiente que fueron de carácter secundario, hasta su definitiva codificación en 1887.

Posteriormente, fungiendo como Presidente Provisional de la República Antonio López de Santa Anna, en el año de 1841 decretó la organización de las Juntas de Fomento y Tribunales Mercantiles y en el artículo 324, fracción 4ª, del ordenamiento relativo, considera a los contratos de seguros sobre mercancías de competencia mercantil; el 16 de Mayo de 1854 durante el último gobierno de Antonio López de Santa Anna, apareció el Código de Comercio de México conocido como Código Lares, por la notable influencia que en su formulación tuvo el Ministro de Justicia Don Teodosio Lares; fue ese el primer Código de Comercio de México pero es un ordenamiento que tuvo una vida efímera y por lo tanto poca importancia, rigiendo primeramente en el último régimen Santanista y después durante el Imperio de Maximiliano, éste código que incorporaba el decreto Santanista de Mercantilidad del Seguro, tuvo un resurgimiento en el Estado de Puebla por mandato de su diputación que lo puso en vigor el 24 de Junio de 1868.

Del citado y efímero código destaca en el libro segundo titulado Del Comercio Terrestre, el título VII que se dedica a los seguros de conducciones terrestres en el que en su Artículo 315 se establece que pueden asegurarse los efectos que se transporten por tierra, recibiendo por su cuenta el mismo conductor o un tercero los daños que en ellos sobrevengan y el artículo 316 regulaba que el contrato de seguro terrestre debe reducirse a póliza escrita que podrá ser solemne, otorgada ante escribano o corredor, o bien privado entre los contratantes; en este segundo caso se extenderán dos ejemplares de un mismo tenor, uno para el asegurador y otro para el asegurado.

De acuerdo con lo dispuesto en dicho código, las pólizas de seguro terrestre privadas o solemnes debían contener determinados datos semejantes a los actuales, en cuanto al valor de los efectos asegurados, no debía exceder del que tengan en el punto de destino y en cuanto a la responsabilidad de la compañía, se establecía que no podía hacerse excepción en la póliza de seguro de algunos riesgos especialmente determinados, por lo que quedaban comprendidos en

el contrato, todos los daños que puedan ocurrir en los efectos asegurados cualquiera que sea su especie.

El Título Tercero, Sección Cuarta, de ese Código, reguló los seguros marítimos y otorga a los agentes consulares mexicanos facultad para autorizar contratos de seguros que se celebren en el lugar de sus respectivas residencias cuando uno de los contratantes sea mexicano. Semejante a las disposiciones actuales, en una misma póliza podían asegurarse la nave y el cargamento, señalando la cantidad asegurada sobre cada objeto bajo pena de ineficacia del seguro; no podía asegurarse de la nave más de las cuatro quintas partes de su valor y se descontaba todo préstamo tomado a la gruesa sobre ella (Esto incorpora la *Lex Rhodia de Iactu*).

Sobre la justa valuación de la mercancía, se admite la prueba en contrario si se prueba que hubo fraude por parte del asegurado en la valuación y la responsabilidad del asegurador disminuye hasta el verdadero valor de lo asegurado; si hubo error sin dolo de parte del asegurado se reducía el seguro a su legítimo valor por convenio de las partes y se abona al asegurado medio por ciento del exceso.

Respecto a la actividad aseguradora de esa época, aparece en el diario del Imperio del 7 de Febrero de 1865 la formación de "La Bienhechora, Compañía de Seguros Mutuos sobre la Vida", con duración de 50 años en dos ramos: Supervivencia de los Socios y Muerte de los Socios, en el primero la finalidad es asegurarse mutuamente los socios, quienes de ellos sobrevivan a la disolución de la compañía obtendrán un capital con intereses compuestos y aumentados con el que corresponda de los que mueran (especie de apuestas sobre la supervivencia); el segundo consiste en que al fallecimiento de uno de ellos, se proporcionara un capital a sus herederos o a quien se designe en la póliza, en ambos casos las asociaciones de asegurados por "La Bienhechora" durarían periodos de 5, 10, 20 y 25 años máximo.

La compañía "El Porvenir" estaba autorizada para contratar seguros de vida de todo tipo sin restricción alguna, incluyendo pólizas de supervivencia con anualidades, los trámites para obtener una póliza eran exactamente los mismos que los actuales (no se expedían seguros sin examen médico), no se contrataban seguros por más de \$15,000 pesos en una sola persona, ni por menos de \$100 pesos. Llama la atención el seguro de vida por toda la duración de la vida,

en el que la prima se podía pagar en una sola exhibición o bien si se prefería hacer pagos anuales, semestrales o trimestrales; en los seguros de vida por un número de años, el pago siempre era anual y para conservar sus derechos los asegurados tenían que obtener el consentimiento de la compañía de seguros para salir fuera del territorio mexicano o viajar o residir en zonas de fiebre amarilla, para este caso las compañías usaron una tabla de mortalidad diferente, también tenían que obtener autorización del asegurador para trabajar como marino, fogonista, maquinista o cualquier servicio en buques de vela o de vapor, caminos de hierro (ferrocarriles), fábricas de pólvora, fuegos artificiales u operaciones submarinas o mineras, también para entrar al servicio activo militar o naval.

Además el artículo 67 de éste efímero Código establecía que los seguros sobre la vida de las mujeres, no podrían contratarse sino con un extra-premio sobre la cantidad asegurada, actualmente algunas aseguradoras hacen un descuento en la edad tratándose de mujeres.

Seis meses después de la promulgación del Código Lares, al triunfo de la Revolución de Ayutla, se abrogó el mismo consagrándose en la Constitución de 1857 la facultad de los Estados para legislar en materia de comercio, por lo que para no dejar descubierto ese periodo se hizo uso temporalmente de diversas leyes de carácter y aplicación local de las entidades federativas.

En virtud de lo anterior, el Código Civil para el Distrito Federal y Territorios de la Baja California de 1870, en su Libro Tercero, Título XVII, Capítulo II, reglamentó 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, a este respecto en la Exposición de Motivos del citado Código Civil se hacía referencia al Contrato de Seguro indicando: "El seguro fundado en prudentes convenios y hábiles cálculos, somete a reglas casi ciertas las eventualidades y por medio de una contribución voluntaria y distribuida entre muchos, evita la ruina de un individuo y salva al mismo tiempo los intereses de otros ligados a los de aquél".⁴⁸

El 14 de diciembre de 1883, se reformó la Constitución de 1857 en su artículo 72 fracción X, estatuyendo que el Congreso de la Unión es el único órgano facultado para legislar en materia

⁴⁸ Cfr. Ruiz Rueda, Luis. Ob. cit. p. 27.

de comercio en todo el país; en tal virtud la materia mercantil en México adquiere carácter de Federal, y por consecuencia el Contrato de Seguro se considera en ese contexto.

Sin embargo, contrario a las citadas reformas "en 1884 se expidió un nuevo Código Civil que en materia de seguros no marítimos reprodujo los setenta y siete artículos que el Código de 1870 había dedicado a esa materia, dejando fuera de su campo de aplicación a los seguros marítimos. . . siendo hasta el 15 de abril de 1884 que se expidió el Código de Comercio de los Estados Unidos Mexicanos configurando el contrato de seguro como mercantil y además como contrato civil, regido por los Códigos Civiles locales del Distrito y Territorios Federales y de los Estados, cuando esos contratos de seguros no llenaran los requisitos consignados en el artículo 682 (del Código de Comercio), que establecía: "El contrato de seguro es mercantil, si al estipularse se contienen 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 él sea la indemnización de los riesgos a que estén expuestas las mercancías o negociaciones comerciales, por lo tanto el seguro de personas, tenía que ser invariablemente contrato civil".⁴⁹

El Derecho Mercantil en México al adquirir carácter de Federal, propició el 15 de septiembre de 1889, con vigencia a partir del 1º de enero de 1890 la promulgación del Código de Comercio - que actualmente continúa en vigor-, ordenamiento que tomó como modelos a los códigos español e italiano.

En ese sentido, la dirección del Derecho Mercantil en México quedó espléndidamente trazada hacia la Integración de un derecho escrito, con carácter objetivo dotado de plena autonomía que tiene por objetivo regular los actos mercantiles, sin desatender evidentemente a las personas que se dedican al ejercicio del comercio.

Por otro lado, con el nacimiento del Código de Comercio en 1889, que como ya se dijo está aún vigente, el derecho mercantil en México inició un proceso de creación integrando un derecho objetivo y escrito el cual se encuentra actualmente conformado por un sinnúmero de leyes derogatorias de diversos apartados del referido ordenamiento, así como por otras de carácter complementario, amén de la supletoriedad del Código Civil Federal, de entre las que destacan:

⁴⁹ Cfr. Ob. cit. pp. 27, 28.

la Ley Sobre el Contrato de Seguro y Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ambas publicadas en el Diario Oficial de la Federación con fecha 31 de agosto de 1935, derogando la primera el apartado conformado por los artículos del 395 al 448 del citado Código de Comercio relativo al Título Séptimo, del Libro Segundo denominado "De los Contratos de Seguros."

En consecuencia, la evolución del Contrato de Seguro, en un primer plano se constriñó a considerarlo como un contrato privado de carácter civil, posteriormente se le dio una regulación específica en el Código de Comercio –en la fracción XVI de su artículo 75- como un acto de comercio, y por ende como actividad normada por la legislación que para sí se reserva la Federación, es decir se le considera como un acto jurídico sujeto a la normatividad de jerarquía o nivel Federal.

Sobre lo anterior y a manera de realce cabe señalar: "A partir de la reforma a la fracción X del artículo 72 de la Constitución de 1857, que tuvo lugar el día 14 de diciembre de 1883, y que se consagra en la Carta Magna vigente de 1917, en nuestro país la regulación legal de las actividades mercantiles y sus implicaciones, reviste la característica o peculiaridad de ser (materia) Federal, en virtud de que el Congreso de la Unión, integrado por las Cámaras de Diputados y de Senadores, es el único órgano facultado para legislar en la materia, tanto sustantiva como adjetivamente, cuya aplicación tiene lugar en todo el territorio nacional. Ese elevamiento al rango de federales de todas las normas reguladoras de las actividades e implicaciones que derivan del comercio, radica en el importante papel que éste juega en la economía nacional, y que desde aquella época en que se produjo este hecho, exigía de una uniformidad legislativa, que evitara la dispersión y anarquía que pudiese generar la proliferación de leyes creadas por las legislaturas de los Estados".⁵⁰

En conclusión, el Contrato de Seguro en nuestro sistema jurídico es de carácter mercantil, por lo que se encuentra regulado en la legislación Federal, específicamente por la Ley Sobre el Contrato de Seguro creada por el Presidente Lázaro Cárdenas en el año de 1935, en cuanto a la organización y funcionamiento de las empresas que lo tienen como parte de su objetivo social

⁵⁰ Sepúlveda Sandoval, Carlos. La Empresa y sus Actividades. Concepto Jurídico. Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana Editores. México, 1997. p. 17.

se encuentran sujetas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, teniendo aplicación supletoria en todo lo no previsto los demás ordenamientos mercantiles, con lo que se da una primera integración supletoria a base de los dispositivos legales contenidos en aquéllos con los que guarde relación y sólo ante la falta total de preceptos específicos; dicha supletoriedad, debe tener lugar a través de la materia civil aplicable en materia Federal en su plano sustantivo, con lo que se integra una segunda supletoriedad; en lo que hace a las normas procesales la primera aplicabilidad se da por el convenio entre los interesados, la segunda por las normas contenidas en la propia ley de la materia, en este caso la Ley Sobre el Contrato de Seguro y la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la tercera por el capítulo respectivo al Código de Comercio y una cuarta por la aplicación de las normas de procedimiento federal, según lo dispone el artículo 1054 del citado Código de Comercio.

El Contrato de Seguro fue regulado de manera específica por primera vez en el año de 1935 - pues antes constituía sólo un capítulo del Código de Comercio, que resultaba demasiado generalizante-, con la creación de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros; que en la actualidad han ido tomando mayor importancia toda vez que se trata de un medio legal, que otorga tranquilidad tanto al asegurado como a los beneficiarios, contra las adversidades que puedan ocurrir sobre sus bienes o su persona y a la vez permite la realización sobre bases firmes de esta actividad comercial que en los países sajones y europeos y la naciente y vigorosa economía de Asia Oriental tiene un gran auge y es base importante de la solidez económica de estos países.

La institución del seguro ha pasado por diversas etapas en la que está la de la década de los años ochentas, la cual presentó problemas particulares a consecuencia de la crisis económica por la que atravesó nuestro país, que golpeó especialmente al aspecto de las reservas técnicas.

"La industria aseguradora supo salir adelante ganando terreno en su participación en el producto interno bruto, llegando a colocarse en un porcentaje superior a la unidad.

Al finalizar 1988 el país contaba con 44 instituciones aseguradoras, de las cuales 3 eran nacionales, 37 privadas, 2 reaseguradoras profesionales y 2 mutualistas.⁵¹

⁵¹ Minzoni Consorti, Antonio. Ob. cit. p. 131.

“En el marco del proceso de la apertura comercial iniciado en 1983, las empresas mexicanas tuvieron que recurrir a su reconversión para poder hacer frente a la competencia del exterior”.⁵²

Tomás Ruiz Ramírez presidente de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), ubicó al sector asegurador cada vez más como un sector con mayor presencia en el quehacer financiero; pues es el generador de ahorro a largo plazo, les permite contribuir directamente en la estabilidad nacional y en las proyecciones del futuro individual y colectivo.

Incluso se asegura que después de las modificaciones a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en la que destaca la libertad de mercado y el crecimiento gradual de la participación de capital extranjero, de las 38 instituciones que había en 1990, actualmente se ha pasado a 68, 3 de las cuales son reaseguradoras y 34 tienen participación de capital extranjero.

Se considera que existe un cambio legal para el sector asegurador entre los años de 1990 y 1993, a partir del cual se permite la participación de grupos extranjeros en aseguradoras mexicanas, aunque se debe considerar que dichas alianzas se presentan hasta 1994, cuando fueron definidas claramente las reglas en el Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos de América y Canadá, es entonces cuando surgen asociaciones importantes con grandes empresas.

México es el segundo mercado de seguros más importante de Latinoamérica en cuanto a población y a volumen de primas en 1998 después de Brasil. Por su tamaño, las favorables perspectivas a largo plazo y la estrecha relación económica que mantiene con los E.U.A. gracias al referido Tratado de Libre Comercio, México es un mercado de seguros de gran importancia estratégica en América Latina, pero es deseable un mayor crecimiento del sector que contribuya al desarrollo de la economía y la Sociedad Mexicana.

⁵² Ob. cit., p. 133.

CAPITULO SEGUNDO.

GENERALIDADES DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

Por generalidades del Contrato de Seguro de Vida, se debe entender todos aquellos elementos que lo conforman y si bien no se cuenta con una definición exacta de lo que es el Contrato de Seguro, expongo a continuación diversos conceptos que explican al mismo desde diferentes puntos de vista.

2.1 CONCEPTO.

De acuerdo a lo anterior, hay diversos conceptos, ya que no existe uniformidad entre los tratadistas sobre una sola definición para el contrato de seguro, esto a consecuencia especialmente de las diversas ramas en que se dividen los seguros, y así se tiene que:

La definición de Hémard citado por el autor Luis Ruiz Rueda señala: "El seguro es una operación por la cual una parte, el asegurado, se hace prometer mediante una remuneración, la prima, para él o para un tercero, en caso de realización de un riesgo, una prestación por otra parte, el asegurador, quien tomando a su cargo un conjunto de riesgos los compensa conforme a las leyes de la estadística."⁵³

Brunetti citado por el autor Isaac Halperin lo define como: "el contrato bilateral autónomo, a título oneroso, por el que una sociedad de seguros, debidamente autorizada para el ejercicio de esa empresa, asume contra el precio de una prima, corresponder al asegurado una prestación

⁵³ Ruiz Rueda, Luis. Ob. cit. p. 49.

determinada, en capital o renta, para el caso que en el futuro se realice un determinado evento contemplado en el contrato.

Reymundo Benitez de Lugo adoptó la "de ser aquella institución de previsión basada en la mutualidad técnicamente organizada por la que, mediante el pago de una prima o cuota, única o periódica, se adquiere el derecho de ser indemnizado por determinados daños o menoscabos sufridos en nuestras personas o bienes o a la entrega de un capital o disfrute de una renta en época y tiempo determinados"⁵⁴

El autor Joaquín Garrigues expresa "el Seguro es un contrato sustantivo y oneroso por el cual una persona —el asegurador— asume el riesgo de que ocurra un acontecimiento incierto, al menos en cuanto al tiempo, obligándose a realizar una prestación pecuniaria cuando el riesgo se haya convertido en siniestro."⁵⁵

Antigono Donati define desde el punto de vista económico al seguro como "la mutua cobertura de las necesidades eventuales valorables dinerariamente entre muchas economías igualmente amenazadas, o bien como una operación económica con la cual, mediante la contribución de muchos sujetos expuestos a eventos económicamente desfavorables, se junta la riqueza para quedar a disposición de aquellos sujetos a quienes se presenta la necesidad."⁵⁶

En México, los tratadistas han aceptado tomar como definición del contrato de seguro, lo que señala la Ley Sobre el Contrato de Seguro en su artículo 1º:

"Artículo 1.- 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".

Las definiciones antes citadas y la de la Ley de la materia son muy parecidas, y tratan de definir al contrato de seguro de manera general, sin que exista una definición para el contrato de

⁵⁴ Halperin Isaac, Seguros. Volumen I. Reimpresión. Ediciones De Palma, Buenos Aires, Argentina. 1991. p. 57

⁵⁵ Garrigues, Joaquín. Curso de Derecho Mercantil. Novena edición, Segunda reimpresión. Editorial Porrúa. México, 1998. pp. 253-254.

⁵⁶ Donati, Antigono. Los Seguros Privados, Manual de Derecho. Ed. Librería Bosch. Barcelona, España, 1960. p. 9.

seguro de vida ya que éste difiere de todos los demás en que aquí lo que se asegura no es la vida de las personas, sino que se pacta una retribución económica a cambio de una prima, para el momento en que cese el bien asegurado que es la propia vida, luego entonces lo que se asegura no es la vida, sino la cesación de ésta considerándola el riesgo en sí, pero no como algo incierto, pues sabemos que seguramente va a suceder, sino lo incierto es el tiempo en que se va a producir, característica del riesgo del seguro de vida que más adelante se explica.

Para entender y conocer que es el Contrato de Seguro, surgen los elementos que lo hacen distintivo y que derivan de las definiciones que anteceden, para después analizar sus aspectos fundamentales, ese estudio facilita la comprensión de sus principios rectores y su contenido obligacional, en esos principios o elementos destaca la buena fe de las partes, que tiene en este contrato un papel preponderante.

En mi opinión el contrato de seguro, es aquél acto jurídico por medio del cual una persona – asegurado- se obliga a entregar una cantidad de dinero llamada –prima- a una institución de seguros, que a su vez se obliga a resarcir el daño o indemnizar al asegurado en el momento de ocurrir el riesgo previamente pactado en la póliza.

De acuerdo al anterior orden de ideas, las características distintivas del Contrato de Seguro, son:

Mercantil.- El artículo 75, fracción XVI, del Código de Comercio, lo considera un acto de comercio, siempre que sea hecho por empresas y así su mercantilidad resulta de un mandato legal.

Siendo mercantil el Contrato de Seguro, se rige por la legislación mercantil, independientemente de tener su legislación especializada como es la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley General de Sociedades Mercantiles, la Ley de Navegación y Comercio Marítimos para el caso del Seguro Marítimo y de otros ordenamientos legales que le aluden; por lo que, las cuestiones y controversias sobre su interpretación, cumplimiento o incumplimiento que requieran la intervención de los órganos

judiciales sujetándose a la secuela procesal que determinen las leyes mercantiles, con la supletoriedad en materia procesal del Código Federal de Procedimientos Civiles.

De garantía o garantizado.- El Contrato de Seguro, a través de dispositivos legales tutela y protege el interés público que se desprende de la garantía del acto jurídico que se encuentra por encima de cualquier interés particular, por ejemplo: a las empresas aseguradoras les obliga el artículo 46 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros a constituir reservas económicas que garanticen o respondan del cumplimiento de sus obligaciones frente a los asegurados, es decir que esa garantía consiste en que la aseguradora tiene el compromiso de cubrir las consecuencias de cualquier eventualidad que se presente, ya sea resarciendo el daño o indemnizando a la persona.

Nominado o típico.- En atención a su regulación, se considera nominado o típico por estar regulado expresamente en la ley, pero además es un contrato que posee un régimen particular propio en nuestra legislación mercantil que es la Ley Sobre el Contrato de Seguro, es necesario señalar además que en las condiciones en que se encuentra la Ley de Navegación y Comercio Marítimos después de la reforma del 4 de Enero de 1994, la que sólo dejó vigente el capítulo relativo al seguro marítimo, la Ley Sobre el Contrato de Seguro ya no es la única que regula exclusivamente un solo contrato, y también porque en nuestro sistema jurídico las empresas de seguros para su organización y funcionamiento se sujetan a las normas de un ordenamiento legal rector y específico que es la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

De empresa.- Significa que conforme a la normatividad del sistema legal y financiero mexicano y en especial a la referida Ley Sobre el Contrato de Seguro, la facultad de intervenir como parte en el contrato de Seguro asumiendo la responsabilidad de afrontar las consecuencias de un riesgo, contra el pago de una prima es decir, como asegurador, sólo puede otorgarse a instituciones constituidas bajo la forma de sociedades mercantiles anónimas, que operan en este ramo de actividad comercial al amparo de una concesión o autorización otorgada por el Ejecutivo Federal y sujetas al control y supervisión de entidades gubernamentales.

Por otra parte, el artículo 75 fracción XVI del Código de Comercio regula dentro de los actos de comercio, a los contratos de seguro de toda especie, siempre que sean hechos por empresas, legalmente autorizadas para ello, con esto no existe ninguna duda que el contrato de seguro tiene en México como característica esencial e imprescindible ser un contrato de empresa.

Bilateral o Sinalagmático perfecto.- De acuerdo al artículo 1836 del Código Civil Federal supletorio en materia mercantil "el contrato es bilateral cuando las partes se obligan recíprocamente", es evidente que el Contrato de Seguro impone derechos y obligaciones recíprocos a las partes contratantes, que son la aseguradora y el tomador del seguro o asegurado.

En el artículo 1º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se establecen derechos y obligaciones a cargo de la aseguradora y del asegurado, ya que la primera se obliga a pagar una indemnización o resarcir un daño al verificarse una eventualidad, y el segundo a pagar una prima, es decir una suma de dinero.

El citado autor Joaquín Garrigues menciona: "Esta nota se deduce de la estructura del contrato de seguro: el tomador del seguro se obliga a pagar la prima y el asegurador se obliga a una prestación pecuniaria; si bien ésta prestación está subordinada a un evento incierto, cual es la realización del siniestro."⁵⁷

Oneroso.- El Código Civil Federal de aplicación supletoria en lo que las leyes mercantiles sean omisas, establece en su artículo 1837 lo siguiente: "Es contrato oneroso aquel en que se estipulan provechos y gravámenes recíprocos . . . "; en el Contrato de Seguro, se estipulan provechos y gravámenes recíprocos para las partes contratantes, al respecto Don Joaquín Garrigues nos dice: "Ha de ser un contrato oneroso porque: a la futura posible prestación del asegurador se contrapone la actual prestación del asegurado, sea bajo la forma de prima, sea bajo la forma de contribución en el seguro mutuo".⁵⁸

⁵⁷ Garrigues, Joaquín. Ob. cit. p. 255.

⁵⁸ Loc. cit

Es conmutativo en cuanto a las prestaciones a cumplir por las partes y aleatorio en cuanto a la realización del riesgo.- Este concepto se deduce del artículo 1838 del Código Civil Federal, que a la letra establece: "El contrato oneroso es conmutativo cuando las prestaciones que se deben las partes son ciertas desde que se celebra el contrato, de tal suerte que ellas pueden apreciar inmediatamente el beneficio o la pérdida que les cause éste. Es aleatorio cuando la prestación debida depende de un acontecimiento incierto que hace que no sea posible la evaluación de la ganancia o pérdida, sino hasta que ese acontecimiento se realice."

Con lo anterior se deduce respecto de la expresión conmutativo, que en el Contrato de Seguro existe certeza en la determinación del importe de la prima a cubrir por el asegurado y del límite de responsabilidad de la aseguradora, y lo aleatorio porque el posible resarcimiento o pago de la indemnización a cargo de la aseguradora depende de la realización de las eventualidades previstas, que generalmente son futuras, inciertas y extrañas a la voluntad de las partes.

De adhesión.- Porque los términos del contrato de seguro constan en una póliza, sujeta en su elaboración a los lineamientos que señala el organismo gubernamental encargado del control, supervisión y vigilancia de las actividades de las aseguradoras en nuestro país, en este sentido "El contrato de adhesión opuesto al contrato negociado o paritario y en el que no hay tratos preliminares o discusiones previas de las partes, sino que una de ellas elabora unilateralmente las condiciones del contrato y a lo otra sólo se le deja la posibilidad de aceptarlas, si quiere celebrar el contrato, o de no celebrar éste... En estos casos interviene con frecuencia el Estado para vigilar que las cláusulas no extorsionen a los usuarios,... No puede negarse que en todos estos actos jurídicos haya contrato o acuerdo de voluntades, al menos para aceptar por una de las partes las condiciones elaboradas o propuestas por la otra,... No hay que confundir como equivocadamente lo hace la Ley Federal de Protección al Consumidor (artículos 85 y 87), los contratos de adhesión con los contratos de machote, ni con las "condiciones generales del contrato" así llamadas en la doctrina. . . y que son aquellas cláusulas que a manera de reglamento contractual de aplicación general ha preparado una de las partes para la integración de un determinado tipo de contratos que ella celebra, y que se redactan en forma abstracta que

es lo que sucede, por ejemplo con las pólizas de seguros, y no para celebrar un determinado contrato en un caso concreto ".⁵⁹

En apego a las consideraciones apuntadas en el párrafo anterior, el Doctrinario Luis Ruiz Rueda, señala: "Las empresas aseguradoras están destinadas a la producción en serie de contratos necesariamente uniformes para cada tipo de seguro, ya que sólo así puede reunirse un gran número de riesgos de la misma especie, que llenen los requisitos de homogeneidad y de igualdad de circunstancias que exige el procedimiento económico de la mutualidad, base técnica de toda operación de seguro... Para lograr esa uniformidad la propia sociedad aseguradora predispone ese clausulado que tradicional y universalmente se conoce bajo el nombre de condiciones generales de la póliza; procedimiento que no sólo está reconocido, sino hasta reglamentado en nuestra legislación tanto administrativa de control de las aseguradoras, cuanto de derecho privado relativa al contrato de seguro. . . . Ahora bien, los contratos cuyo clausulado general es predispuesto, es decir redactado previamente por uno de los contratantes, para regular uniformemente determinadas relaciones convencionales; son los doctrinalmente llamados contratos de adhesión...".⁶⁰

Otro criterio sostiene que "es un contrato de adhesión, dado que la ley o uno de los sujetos, el asegurador, preestablece las condiciones del contrato, y la impone al otro sujeto que las acepta como se las ofrecen o deja de celebrar el contrato si no le satisfacen las condiciones del acto, pues no le es concedida al asegurado la facultad de discutir libremente las cláusulas y condiciones del contrato: se genera así un acto producto de una sola voluntad, de la parte fuerte que se impone a la débil."⁶¹

Esta teoría se sostiene por lo previsto en los artículos 36-B y 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, mismos que ordenan:

"Artículo 36-B Los contratos de seguros en que se formalicen las operaciones de seguros que se ofrezcan al público en general como contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos, por

⁵⁹ Sánchez Meda, Ramón. De los Contratos Civiles. Vigésima edición. Ed. Porrúa. México, 2004. pp. 32, 33.

⁶⁰ Ruiz Rueda, Luis. Ob. cit. p. 76.

⁶¹ Soler Aleu, Amadeo. El nuevo contrato de seguro. Reimpresión inalterada. Ed. Astrea. Buenos Aires, 1970. p. 132.

una institución de seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, deberán ser registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos previstos en el artículo 36-D de esta Ley..

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

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

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

Consensual en oposición a formal.- En cuanto a su forma, el Contrato de Seguro se considera como un contrato consensual, toda vez que para su validez no es necesario que la integración del consentimiento de las partes contratantes, deba atender a una determinada y específica formalidad; en este sentido, el artículo 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, establece que el contrato se perfecciona desde el momento en que el proponente tenga conocimiento de la aceptación de la oferta.

En virtud de lo expuesto, el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ordena:

“Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para demostrar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.”

“Artículo 21.- El contrato de seguro:

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

En síntesis puedo establecer siguiendo al autor Amadeo Soler que el contrato de seguro “es consensual porque para su perfeccionamiento es suficiente la recíproca expresión de la voluntad

de los sujetos. . . el acuerdo de voluntades es preexistente a la emisión de la póliza y existe con sus efectos propios desde que se ha verificado la convención, aunque no haya emitido la póliza."⁶²

De tracto sucesivo.- Con relación a esta nota característica del Contrato de Seguro, surge la interesante referencia del autor Joaquín Garrigues, quien expresa: "Ha de ser un contrato cuyo contenido no se agota en un momento por el cambio de las prestaciones (v.gr.: la compraventa); el seguro es un contrato de ejecución continuada, de tracto sucesivo continuo. Así como el contrato de sociedad engendra la "situación de sociedad" (el "estar en sociedad"), así el seguro engendra la relación de seguro (el "estar asegurado"), como vínculo continuo de las partes de un período más o menos largo (puede ser de minutos...) La relación duradera que implica todo contrato de seguro exige una conducta por ambas partes adecuada a los fines del seguro. De aquí da un cuadro especial de obligaciones del tomador del seguro y que la ley y el contrato imponen en vista del interés del asegurador que tiene en la conducta cuidadosa del asegurado durante la vigencia del seguro."⁶³

En conclusión, el contrato de seguro es de tracto sucesivo o continuado, porque las prestaciones recíprocas que tienen cada uno de los contratantes no se agotan en un instante único de tiempo, sino que continúan en el tiempo hasta la total extinción del contrato.

Principal.- Los contratos principales son aquellos contratos que existen por sí mismos, es decir, no necesitan de ninguna otra condición para existir. En este caso "se ha establecido que es un contrato principal; toda vez que la prestación fundamental asumida por la aseguradora constituye la garantía de que se trata, es decir se hace depender no del incumplimiento de una obligación principal, como sucede en la fianza, sino de la realización de la eventualidad prevista en el mismo contrato y, por otra parte, en cuanto a la obligación a cargo del asegurado o tomador del seguro, consistente en cubrir la prima correspondiente, no dependen de ninguna otra obligación."⁶⁴

⁶² Soler Aleu, Amadeo. Ob. cit. pp. 10, 11.

⁶³ Garrigues Joaquín, Ob. cit. p. 256.

⁶⁴ Sánchez Flores, Octavio de Jesús. El Contrato de Seguro Privado. Ed. Porrúa. México, 2000. p. 102.

En efecto, no obstante que el contrato de seguro es un contrato de garantía personal, difiere del contrato de garantía personal de fianza, que en estricto rigor es accesorio, pues las obligaciones de la aseguradora no dependen del incumplimiento de una obligación principal, o que sea nula o inexistente corriendo su misma suerte, sino de algo totalmente aleatorio que ocurra, es decir la eventualidad prevista en el contrato; en la fianza la garantía depende del cumplimiento de la obligación afianzada, en el seguro la garantía de la aseguradora es su obligación misma.

De buena fe.- Este que es un elemento esencial en todos los contratos, se da en el contrato de seguro respecto de la certeza de las declaraciones del solicitante, para que la empresa aseguradora pueda evaluar el riesgo y el monto de la prima, en este contrato la buena fe adquiere una gran importancia tanto en la formación como en la vigencia del contrato.

2.2 OBJETO DEL SEGURO.

"En un sentido amplio, el objeto del seguro es la compensación del perjuicio económico experimentado por un patrimonio a consecuencia de un siniestro. Aparte de este sentido, que puede identificarse con la finalidad del seguro, el objeto en su aspecto contractual, es el bien material afecto al riesgo sobre el cual gira la función indemnizatoria."⁶⁵

Por lo tanto, el objeto del Contrato de Seguro queda conformado por toda clase de riesgos, en los que exista un interés asegurable.

Joaquín Garrigues señala: "El seguro es un producto del riesgo. Todo riesgo engendra una preocupación y un deseo de seguridad. La finalidad del seguro consiste en dar seguridad contra el riesgo. Pero esta seguridad no puede alcanzarse por la supresión directa del acaecimiento temido (fuego, granizo, enfermedad, muerte, etc.), sino tan sólo por la certeza de que al sobrevenir la situación temida tendremos a nuestra disposición un valor económico que la

⁶⁵ Martínez Gil, José de Jesús. Manual Teórico y Práctico de Seguros. Quinta edición. Ed. Porrúa. México, 2004. p. 209.

compense. Este valor seguro que se espera, sustituye al valor cuya pérdida se teme, por eso se llama valor de sustitución o reemplazo. El seguro pone lo seguro en lugar de lo inseguro; ésta es la esencia de la institución".⁶⁶

En el seguro de vida el objeto del contrato es cubrir el riesgo único que puede sufrir la persona del asegurado, es decir que el objeto está constituido por la vida de la persona humana asegurada que está sometida al riesgo de muerte. En este tipo de seguro lo que se asegura mediante el pago de una prima no es la vida de las personas, es decir que el riesgo que aquí se corre no es otro que el del tiempo o momento en que ocurra la muerte, y que es el que llegado, da lugar a una especie de resarcimiento mediante la entrega de una suma de dinero al beneficiario de dicho seguro, porque como ya se ha dicho el pago del seguro de vida no puede restituir el bien asegurado o posibilitar con el dinero respectivo una sustitución por otro bien de la misma especie o calidad.

La siguiente tesis jurisprudencial es explicativa de lo anterior ya que se relaciona con el objeto del contrato de seguro y las diferentes ramas en que se divide:

CONTRATO DE SEGURO. LA CONSECUENCIA DEL RIESGO ASEGURADO DEBE CUBRIRLO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.- Si la compañía de seguros negó el pago de una reclamación apoyándose en el hecho de que el siniestro no estaba cubierto por las condiciones generales del contrato de seguro contenido en la póliza respectiva, haciendo consistir el siniestro en la forma en que éste aconteció y no por sus consecuencias, debe llegarse a la conclusión que la negativa es infundada. Los artículos 1 y 59 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, respectivamente dice: "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" y "La empresa aseguradora responde de todos los acontecimientos que presente el carácter de riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos". De la exégesis de los preceptos transcritos se obtiene: Que el contrato de seguro nace de una relación contractual entre dos personas, moral una, la aseguradora, y moral o física la otra, el asegurado; que el citado contrato consensual impone obligaciones y derechos recíprocos a las partes que lo celebran; la aseguradora a resarcir un daño o pagar una suma de dinero, la asegurada a cubrir una cantidad de dinero denominada prima; que la obligación de la aseguradora se actualiza cuando se produce el hecho previsto en el contrato, el cual podrá referirse a alguna de las operaciones que

⁶⁶ Garrigues, Joaquín, Ob. cit. pág. 247.

establece el artículo 7° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, como son: de vida, accidentes y enfermedades y daños en alguna o algunas de las ramas siguientes: a) Responsabilidad civil y Riesgos profesionales; b) Marítimo y transportes; c) Incendio; d) Agrícola; e)Automóviles; f) Crédito; g) Diversos y h) Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Si en el caso el contrato celebrado se refirió al riesgo de daños que pudiera sufrir el vehículo propiedad de la sociedad quejosa, al darse la eventualidad prevista en el contrato de seguro, el daño al vehículo, y estar cubierta la prima, era obligación de la compañía de seguros pagar el daño contratado. Es necesario distinguir entre el objeto del contrato de seguro y las causas que pueden actualizar el citado objeto; así un contrato de vida tiene por objeto cubrir la muerte del asegurado, las causas de la muerte pueden ser varias; por tanto, al darse la eventualidad y no encontrarse en alguna de las exclusiones que expresamente deben estar consignadas en el contrato, la aseguradora asume la obligación de cubrir la cantidad contratada; en el caso, el objeto del contrato fue los posibles daños que pudiera sufrir el vehículo propiedad de la sociedad quejosa; ahora, tomando en consideración que el contrato de seguro tiene la característica de circunstancial, las causas que enumera la póliza deben ser estimadas como meramente enunciativas y no limitativas; todo lo expuesto se obtiene de lo que dispone el artículo 59 de la Ley sobre el Contrato de Seguro ya transcrito, pues en él queda señalado que la empresa aseguradora responde de todos los acontecimientos que presenten el carácter de riesgo; esto es, la aseguradora se obliga a pagar todo lo que pueda ocurrir, sobrevenir o pasar siempre que tenga el carácter de riesgo, cuyas consecuencias se hubieran asegurado. Amparo en revisión 1684/93. Telealabrados y Manufacturas, S.A. de C.V. 3 de noviembre de 1993. Unanimidad de votos. Ponente: Hilario Bárcenas Chávez. Secretaria: Elsa Fernández Martínez. Octava Epoca Instancia: CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Tomo: XIII, Junio de 1994. Página: 544. CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO.

De ésta tesis se desprende que el objeto de un contrato de vida es cubrir la muerte del asegurado, teniendo la aseguradora la obligación de entregar la cantidad pactada como suma asegurada, siempre y cuando la causa de la muerte no represente una exclusión de pago también pactada en el contrato, es decir que en ésta clase de contratos se especifica que causas de muerte quedan fuera del seguro, que no están cubiertas por éste.

2.3 ELEMENTOS ESENCIALES.

Para comprender el Contrato de Seguro, se hará un análisis de sus elementos esenciales, personales y materiales, toda vez que, la existencia y legal validez del Contrato de Seguro, requiere de la composición de dichos elementos.

2.3.1 El RIESGO.

“Es la posibilidad de que se verifique un evento incierto, casi siempre futuro, que influye desfavorablemente sobre el patrimonio de una determinada persona”.⁶⁷

Otro concepto de Riesgo lo expresa Antigono Donati al indicar “la posibilidad de un evento dañoso, pero puesto que la posibilidad abstracta de un daño sólo deviene concreta para el asegurado si el evento recae sobre una cosa en la cual tenga interés, riesgo, cosa e interés son los 3 elementos constitutivos del riesgo, en sentido lato, a los cuales está subordinada la obligación del asegurador. . . El riesgo es un elemento esencial del contrato, bajo el aspecto estructural, porque son elementos del supuesto a cuya realización está subordinada la obligación del asegurador; bajo el aspecto causal, porque es un elemento del supuesto del daño eventual y por ello de su eliminación”.⁶⁸

Don Joaquín Garrigues expresa: “El riesgo es la posibilidad de que por azar ocurra un hecho que produzca una necesidad patrimonial. El riesgo es un estado que se produce por consecuencia de un hecho, v.gr., el transporte de la mercancía o la explotación de la fábrica o simplemente, el hecho de vivir, siendo mortal. Soportar el riesgo querrá decir sufrir las consecuencias económicas de la realización del hecho previsto como posible. Se confunde el riesgo con el

⁶⁷ Morandi F, Juan Carlos. Elementos del Derecho Comercial, Seguros. Ed. Astrea. Buenos Aires, 1988. p. 16.

⁶⁸ Cfr. Donati, Antigono. Los Seguros Privados, Manual de Derecho. Ed. Librería Bosch. Barcelona, 1960. pp. 199-200.

sinistro cuando por riesgo se entiende no el estado de riesgo (*periculum*), sino el hecho mismo que provoca la necesidad patrimonial".⁶⁹

Dentro del Derecho Mexicano riesgo "es el evento posible e incierto, de existencia objetiva, previsto en el contrato, de cuya realización depende el vencimiento de la obligación, establecida en el contrato a cargo del asegurador, para atender a la necesidad económica del asegurado".⁷⁰

De estos conceptos se distinguen a su vez dos elementos que constituyen al riesgo y que pueden clasificarse de la siguiente manera:

a).- Posibilidad o evento posible.

b).- Resultado dañoso.

a).- Posibilidad o evento posible.- Se define como aquél evento que puede o no suceder, forzosamente debe existir duda es decir, incertidumbre de que suceda y cuando suceda; debe tratarse de un acontecimiento futuro no necesario, pero con la posibilidad de que suceda, que además se carezca de certidumbre de cuando va a suceder, como es el caso del seguro de vida en el que la posibilidad o evento posible no es la muerte del asegurado, porque bien se sabe que esto va a suceder, lo que no se sabe es cuando y de que manera va a suceder, es decir que no hay un plazo cierto.

Es de concluirse que en los seguros de vida, el riesgo no es la muerte de la persona pues ésta es un evento cierto, sino el plazo o tiempo en que suceda, es decir que puede ser antes del plazo o tiempo promedio que generalmente vive una persona.

Por ello en el seguro de vida lo que se asegura es el tiempo de la propia vida de la persona, porque se desconoce el momento en que va a morir, es decir lo que se desconoce es el tiempo

⁶⁹ Garrigues, Joaquín. Ob. cit. p. 248.

⁷⁰ Rodríguez Rodríguez, Joaquín. Curso de Derecho Mercantil. Vigésimo Quinta edición. Ed. Porrúa. México, 2001. p. 657.

o el plazo en que se va a presentar la muerte, no que ésta suceda o deje de suceder porque esto es una circunstancia que es totalmente cierta que ocurra.

b).- Resultado dañoso: Será el perjuicio causado en el patrimonio del asegurado, o bien en los sentimientos de terceros o de la persona misma, que forzosamente deberá causar un daño que afecte económica o moralmente un interés asegurado.

Es así como el riesgo es considerado un elemento esencial del contrato de seguro de vida y que se puede definir como un evento incierto en el tiempo de su realización, futuro y posible que ocasiona un daño en la persona del asegurado, siendo el evento o circunstancia incierta, futura y posible, el tiempo o plazo en que va a ocurrir la muerte del asegurado.

Al efecto el artículo 151 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro regula:

“Artículo 151.- El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital.”

Los riesgos son múltiples, pero no todos son objeto de un contrato de seguro, así tenemos que hay contratos en los que sólo se puede asegurar un riesgo, como es el seguro de vida, sin embargo hay contratos en los que se pueden asegurar varios riesgos de naturaleza similar por ejemplo asegurar un inmueble contra incendio, rotura de vidrios, o robo, riesgos que pueden cubrirse por un sólo contrato de seguro, lo anterior se confirma con el contenido del artículo 59 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a la letra expresa:

“Artículo 59.- La empresa aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos.”

Es decir, los riesgos a asegurarse son limitados por lo pactado en las cláusulas del contrato.

Ahora bien, como ha quedado señalado sólo los hechos futuros pueden constituir riesgos, sin embargo existen hechos pasados que pueden asegurarse, es decir que el seguro es retroactivo aquí la condición es que su realización sea incierta para ambas partes, y toma el nombre de riesgo putativo, o bien como lo ha llamado el tratadista Arturo Díaz Bravo “riesgo subjetivo, que

es aquél cuya realización o no en el pasado desconocen el asegurador y el tomador. En otras palabras, para la validez de un seguro con efectos retroactivos es requisito indispensable el absoluto desconocimiento de las partes acerca de la suerte que, durante el lapso retroactivo de la cobertura, hayan corrido los bienes objeto del contrato”.⁷¹

Así lo dispone el artículo 45 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

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

A continuación se transcriben dos ejecutorias de la Suprema Corte de Justicia de la Nación vinculadas a la figura del riesgo, que a la letra indican:

SEGURO, CONTRATO DE. LA EXCLUSIÓN DE RIESGOS DEBE HACERSE CONSTAR EXPRESAMENTE. Conforme al artículo 59 de la Ley del Contrato de Seguros, la empresa aseguradora responderá de todos los riesgos cuyas consecuencias se hubiesen asegurado "a menos que el contrato excluya, de una manera precisa, determinados acontecimientos". Este precepto legal exige que en los contratos de seguros, en caso de que se pacte la exclusión para la aseguradora con respecto a determinados riesgos, es necesario que se establezcan expresamente, no tácitamente, y con toda precisión, los acontecimientos excluidos. Amparo directo 1790/67. "La Libertad", Cía. General de Seguros, S.A. 28 de julio de 1970. Mayoría de tres votos. Disidente y Ponente: Salvador Mondragón Guerra. Séptima Época, Instancia: Sala Auxiliar, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, Tomo: 19 Séptima Parte, Página: 59.

SEGURO, CONTRATO DE. LO QUE NO ESTA CLARAMENTE EXCLUIDO, DEBE CONSIDERARSE CUBIERTO. Si en una parte del contrato referido se dice de manera expresa que cubre los bienes propiedad del asegurado o que el mismo tenga bajo su cuidado por cuenta ajena y por los cuales sea legalmente responsable y en otra parte al hacer referencia a un edificio añade la expresión "propiedad del asegurado" no puede decirse que en un edificio que no era de su propiedad pero del que sí era legalmente responsable al

⁷¹ Díaz Bravo, Arturo. Contratos Mercantiles. Octava edición. Ed. Iure editores. México, 2004. pp. 253, 254.

grado de que fue condenado en un juicio anterior con motivo de un siniestro, no hubiera quedado cubierto por el seguro, puesto que el artículo 59 de la Ley del Contrato de Seguro exige que cualquier exclusión debe ser formulada de manera precisa lo que coincide con la doctrina que, al respecto, establece que la exclusión para que tenga valor jurídico, debe ser formulada en términos precisos y no equívocos y que cuando hay duda, como ocurre en la hipótesis examinada, el caso debe ser considerado como cubierto pues el asegurado se debe poder basar en el principio de que lo que no está claramente excluido, está comprendido en el seguro. Amparo directo 5801/86. Surgimex, S.A. 5 de marzo de 1987. Unanimidad de cuatro votos. Ponente: José Manuel Villagordoza Lozano. Secretario: Jorge Trujillo Muñoz. Séptima Época, Instancia: Tercera Sala, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, Tomo: 217-228 Cuarta Parte, Página: 298, Nota: En el Informe de 1987, la tesis aparece bajo el rubro "CONTRATO DE SEGURO. LO QUE NO ESTA CLARAMENTE EXCLUIDO, DEBE CONSIDERARSE CUBIERTO."

Concluyendo, es posible decir que el riesgo se clasifica de la siguiente manera:

"I.- Por su intensidad:

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

II.- Por su valoración:

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

III.- Por su asegurabilidad:

- a).- Asegurable: Es aquel susceptible de ser asegurado.
- b).- No asegurable: Aquel que no cuenta con elementos suficientes para ser asegurado."⁷²

⁷² Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. El Contrato de Seguro Privado. Ed. Porrúa. México, 2000. p. 216.

2.3.2 SINIESTRO.

Conceptualizado el riesgo, se reflexiona el concepto siniestro, al efecto el autor José de Jesús Martínez Gil expresa el siniestro es: "la realización del riesgo asegurado o la eventualidad prevista en el contrato".⁷³

También se define al siniestro como "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".⁷⁴

Para que exista el siniestro deben presentarse los siguientes elementos:

- a).- Resultar del desarrollo del riesgo, es decir, ser en si la realización del riesgo.
- b).- Producir u ocasionar un daño, que para que trascienda al contrato de seguro debe ser el que se consideró en la póliza.
- c).- Ocurrir durante la vigencia del seguro.

Ahora bien, en el seguro de vida, el siniestro será la realización del riesgo que es la muerte, es decir que suceda un acontecimiento que provoque la muerte del asegurado, siempre y cuando dicho acontecimiento se encuentre cubierto por el contrato de seguro, en este caso no se indemniza al asegurado pues éste ha fallecido, lo que procede es entregar el monto de la suma asegurada a los beneficiarios que fueron designados por el propio asegurado.

Cuando sucede el siniestro, debe darse aviso a la aseguradora ya sea el propio asegurado cuando se trata de seguros contra daños o el beneficiario en caso del seguro de vida, si es que tiene conocimiento del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, dentro de un

⁷³ Martínez Gil, José de Jesús. Ob. cit. p. 273.

⁷⁴ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. Ob. cit. p. 226.

plazo máximo de cinco días, dicho aviso deberá hacerse por escrito como lo dispone el artículo 66 del Ley Sobre el Contrato de Seguro, así mismo el artículo 67 de dicho ordenamiento señala que, sino se cumple con la obligación la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

De la misma manera la aseguradora quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o beneficiario no dan aviso inmediato del siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro, según lo dispone el artículo 68 de la citada ley.

Este artículo que permite el mencionado desligue de la aseguradora del cumplimiento de sus obligaciones, no es aplicable cuando se presenta una de las tres circunstancias que a continuación se señala:

- a).- Se pruebe la inculpabilidad del titular del derecho a la prestación.
- b).- Cuando la omisión de dar aviso haya sido ocasionada por caso fortuito o fuerza mayor, puesto que el plazo se cuenta a partir del momento en que desaparezca el impedimento según el artículo 76 de dicha ley.
- c).- Cuando la omisión de dar aviso sea culpa del asegurador, artículo 73.

De lo anterior se desprende que el asegurado o el beneficiario en caso de muerte, debe probar que se produjo el siniestro y que ocurrió según el riesgo contratado, pero si el siniestro ocurre de tal manera que sea posible considerarlo como un riesgo excluido, es decir un riesgo que no está cubierto por el contrato, la carga de la prueba recae sobre el asegurador.

2.3.3 LA PRIMA.

Primeramente y como se ha venido desarrollando, a continuación se mencionan algunos de los conceptos de la prima.

Para Isaac Halperin la prima "es el precio del seguro, la remuneración del asegurador por las obligaciones que asume; es decir, la contraprestación del asegurado".⁷⁵

Para el autor Amadeo Soler Aleu, prima "es un elemento esencial para la existencia del contrato de seguro; su ausencia impide que se forme éste o se determine en acto de otra naturaleza. Es la medida del riesgo que asume el asegurador y se determina según cálculos estadísticos y matemáticos, en función de la mayor o menor peligrosidad siniestral. La prima es la contraprestación que persigue el asegurador por la asunción del riesgo; como la asunción del riesgo; es la contraprestación que persigue el asegurado que paga la prima. Prima y asunción del riesgo están correlacionadas, la ausencia de una invalida a la otra, y recíprocamente".⁷⁶

Para el Licenciado Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores, la prima "es la aportación económica en dinero que ha de proporcionar el asegurado a la empresa aseguradora por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo que ésta le otorga a fin de ésta, una vez presentado el siniestro, esté en posibilidad de pagar la indemnización correspondiente."⁷⁷

Los conceptos transcritos permiten establecer que la prima debe considerarse elemento esencial del contrato de seguro, que está íntimamente ligada con el riesgo y sus particulares circunstancias, y que se convierte en una obligación en dinero a cargo del asegurado a cambio de la prestación por parte de la aseguradora de cubrir el riesgo en cuanto se presente, por lo que su naturaleza es de carácter económico.

⁷⁵ Halperin, Isaac. Seguros. Volumen I. Ed. Palma. Buenos Aires, 1991, p. 390.

⁷⁶ Soler Aleu, Amadeo. Ob. cit. p. 81.

⁷⁷ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. Ob. cit. p. 179.

Existen opiniones diversas en relación a la clasificación de éste concepto, sin embargo y por considerarla una clasificación completa se hace referencia a la siguiente, que abarca todos los aspectos posibles que puede presentar la prima:

I.- En función a sus componentes:

a).- Prima pura, neta, costo de las reclamaciones, pérdida probable esperada, esperanza matemática de la pérdida o de riesgo: representa la unidad más simple y básica del concepto prima, por cuanto significa el costo real del riesgo asumido.

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

c).- Prima total: se llama también prima definitiva, prima final y se obtiene incrementando la prima comercial con los gravámenes complementarios que procedan tales como: un derecho de póliza, un recargo por pago fraccionado de primas, impuestos, etc.

II.- Según su periodo de cálculo y forma de pago:

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

b).- Prima fraccionada: este tipo de prima, aunque calculada en periodos anuales, es liquidada por el asegurado mediante pagos periódicos más reducidos.

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

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

III.- Según su grado de imputación al negocio de un ejercicio económico se encuentra la prima devengada. Consiste en la porción de prima correspondiente al período de seguro transcurrido durante el periodo en que ha asumido la aseguradora el riesgo.⁷⁸

Con base a lo anterior se puede deducir que la prima debe ser calculada tomando en cuenta 3 aspectos:

a).- Primero el tiempo de duración del seguro.

b).- En segundo lugar la gravedad del riesgo, en el caso del seguro de vida se toma en cuenta la edad del asegurado y su estado de salud y,

c).- Finalmente la suma asegurada, obviamente en el caso del seguro de vida entre más alta sea dicha cantidad mayor será el pago de la prima.

Una característica esencial de la prima es la de ser indivisible, es decir que debe pagarse en una sola exhibición aún cuando por necesidades de comercialización se acepten pagos en parcialidades, este no contradice el carácter de indivisible que tiene y se fija para un periodo de vigencia, por lo que también se dice que es única; dicho periodo de vigencia tratándose del seguro que nos ocupa, es prorrogable por otros de igual duración.

Aunque la cobertura sólo esté vigente por un lapso inferior al convenido, la prima deberá pagarse en su totalidad, salvo que se haya pactado otra cosa o que la reducción del plazo fuera imputable al asegurador, en tales casos deberá devolverse al contratante la parte de prima que corresponda al periodo no cubierto. (Art. 44 LCS).

⁷⁸ Cfr. Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. Ob. cit. pp. 192-193.

Es así que la prima puede ser fraccionada, es decir que puede dividirse en varios pagos para efecto de facilitar su pago total, pero con ello no queda dañada su esencia de indivisible, siempre y cuando se cumpla con estos 3 requisitos:

- a).- Que las parcialidades correspondan a periodos de igual duración.
- b).- Que tales periodos no sean inferiores a un mes.
- c).- Que dichas parcialidades venzan al iniciarse cada periodo. (Artículos 37 y 38 LCS).

Ahora bien, ya se dijo que el pago de la prima está a cargo del contratante, pero en caso del seguro por cuenta de un tercero, la aseguradora podrá reclamar del asegurado el pago de la prima, cuando el contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente. (Art. 32 LCS).

El artículo 42 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, prohíbe al asegurador rehusar el pago de la prima cuando ésta es ofrecida precisamente por los acreedores privilegiados, hipotecarios o prendarios, terceros asegurados, beneficiarios o por cualquier otro que tenga interés en la continuación del seguro.

Tomando en cuenta lo anterior en el contrato de seguro de vida, se presenta una prima fraccionada en parcialidades que el contratante se obliga a pagar durante un periodo, siendo éste el lapso por el cual resulte calculada la unidad de la prima, es decir que los pagos pueden hacerse por mes, bimestre etc., siempre y cuando cubran el mismo periodo y sean de igual cantidad, es decir los dichosos pagos en mensualidades, lo anterior se presenta porque en el caso concreto del seguro de vida en el cual el riesgo que asume la aseguradora es el tiempo en que se va a presentar la muerte, es decir se cubre un riesgo cierto a corto, mediano o largo plazo, que va siendo mayor conforme aumenta la edad del asegurado, por lo que el fondo o reserva que constituyen las primas debe permanecer largo tiempo en la aseguradora lo que permite explicar la necesidad de que las primas sean pagadas por anticipado y que dicho pago sea muy alto, es así que lo usual es aceptar una prima fraccionada con el objeto de hacer más accesibles los pagos para el contratante.

2.4. ELEMENTOS PERSONALES.

Dentro de éstos elementos destacan los siguientes:

- a).- La Empresa Aseguradora.
- b).- El Contratante del Seguro y el Asegurado.
- c).- El Tercero Asegurado.
- d).- El Beneficiario.
- e).- El Menor de Edad.

2.4.1 LA EMPRESA ASEGURADORA.

Aplicando a la empresa aseguradora con la calidad de elemento personal del contrato de seguro, se debe entender para los fines de este trabajo que papel desempeña en el contrato y cual es su función, por lo tanto comenzaré a definirla de la siguiente manera.

“El Asegurador es la persona que debe pagar la indemnización al producirse el siniestro. Actúa de intermediario entre las diversas economías aseguradas, para distribuir entre todos el daño sufrido por los afectados”.⁷⁹

“Asegurador. Compañía de Seguros. Asegurador directo es el nombre que se le da a la compañía de seguros que asume un riesgo, previo acuerdo directo y personal con el asegurado,

⁷⁹ Rodríguez Rodríguez, Joaquín. Ob. cit. p. 662.

para distinguirlo de aquellos supuestos en que la obligación directa no se produce en contra de la misma, por ejemplo, reasegurador”.⁸⁰

“Asegurador es el que percibe la prima y se obliga a abonar en caso de siniestro, el capital, la renta o la indemnización. En la actualidad, sin embargo, supuesta la gran base de responsabilidad que exige la explotación del seguro, todas las empresas dedicadas a esa explotación son sociedades anónimas o asociaciones mutuas.”⁸¹

El artículo 2º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece que las empresas de seguros sólo podrán organizarse y funcionar de conformidad con la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en su título primero se refiere a la organización, funcionamiento y disposiciones generales de las instituciones de seguros y reaseguradoras.

De conformidad con lo anterior, para que una institución pueda organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros, requerirá de la autorización del Gobierno Federal a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a la que compete otorgarla discrecionalmente como queda señalado en el artículo 5 de la referida ley.

2.4.2 EL CONTRATANTE DEL SEGURO Y EL ASEGURADO.

Diversos tratadistas opinan que debe distinguirse o separarse a las dos figuras de este tema, o sea al contratante del seguro y al asegurado que en muchas ocasiones no coinciden en una misma persona es decir, no es regla general que éstas dos figuras recaigan en una misma

⁸⁰ Martínez Gil, Jesús. Ob. cit. p. 49.

⁸¹ Garrigues, Joaquín. Ob. cit. p. 260-261.

persona, pues existen contratos en los que una persona contrata un seguro a favor de una segunda persona que será el asegurado.

Don Joaquín Garrigues, expresa que el tomador del seguro en este caso sería el contratante, de conformidad con lo siguiente: "es la persona que contrata con el asegurador, cosa que no quiere decir que, a semejanza de los demás contratos, sea el titular de los derechos dimanantes del contrato; la peculiaridad del seguro consiste en que el círculo personal del contrato se extiende a personas que no son contratantes, ni representantes de los contratantes. El asegurador asume los derechos y obligaciones del contrato. El contratante con el asegurador (tomador del seguro) asume las obligaciones, pero puede no asumir los derechos. Contratante o tomador del seguro es aquél que suscribe el contrato, asumiendo las obligaciones que del mismo se derivan. Asegurado es aquel que tiene el derecho a la prestación del asegurador."⁸²

Sin embargo, puede coincidir en la misma persona física o moral las calidades del contratante y asegurado como lo sostiene el autor Arturo Díaz Bravo.

En opinión del citado tratadista Arturo Díaz Bravo el tomador del seguro o contratante es "la persona física o moral que comparece con su firma, a tomar el seguro, esto es, que lo contrata con la empresa aseguradora, en interés propio o de un tercero y por tanto, quien asume las respectivas obligaciones aunque no sea el asegurado; luego el que actúa como apoderado no tiene tal carácter, pues no asume personalmente obligación alguna."⁸³

Por otro lado en opinión de José de Jesús Martínez Gil, Asegurado "en sentido restringido, es la persona cuyas características individuales recaen sobre la cobertura del seguro; por ejemplo, en el ramo de vida, el asegurado es la persona cuya vida es garantizada y en el ramo de incendio, es el titular del inmueble cubierto por la póliza. Ahora bien, en sentido amplio, asegurado es el que suscribe la póliza de la compañía aseguradora, comprometiéndose al pago de las primas estipuladas y teniendo derecho al cobro de las indemnizaciones que corresponden con motivo del siniestro."⁸⁴

⁸² Cfr. Garrigues Joaquín, Ob. cit. p. 270.

⁸³ Díaz Bravo, Arturo, Ob. cit. p. 235.

⁸⁴ Martínez Gil, José de Jesús. Ob. cit. p.48.

De lo anterior, se concluye que el tomador del seguro o contratante es un elemento personal del contrato de seguro y es la persona que contrata con la aseguradora, que asume las obligaciones que dimanen de dicho contrato, puede contratar por interés propio o de un tercero; y no siempre es el titular de los derechos del seguro, es decir no siempre es el asegurado.

El asegurado será el titular de los derechos del seguro, es decir la persona que tiene derecho a la prestación del asegurador, que al igual que el anterior no siempre es el tomador del seguro o contratante.

Cabe hacer mención que en los seguros de personas, es asegurado la persona física respecto de cuya existencia, integridad personal, salud o vigor vital se contrata el seguro (Art. 151 LCS), sin embargo el beneficio del seguro contenido en la póliza siempre será para un tercero ajeno al contrato denominado beneficiario que actualiza su expectativa de derecho al cobro del seguro al momento que ocurre el fallecimiento de la persona asegurada.

En repetidas ocasiones coinciden en una misma persona el contratante y el asegurado e incluso el beneficiario, como sería el caso de un seguro de automóvil en el que el contratante puede ser el dueño del auto, es el asegurado porque goza de la prestación de la empresa y resulta ser el beneficiario porque es a quien la aseguradora entrega la indemnización.

Es importante resaltar lo que señala el maestro Lic. Oscar Vásquez del Mercado como diversas variantes para contratar:

“1).- Cuando la persona que contrata es diversa al asegurado, se está frente al seguro por cuenta de otro como el caso del comisionista arrendador financiero.

2).- La persona que contrata es al mismo tiempo el asegurado, quien puede designar un beneficiario. Puede haber también otra persona sobre la cual se contrata el seguro, es el caso del seguro sobre la persona de un tercero.

3).- El contratante y el asegurado son una misma persona, diversa al beneficiario, es el seguro a favor de un tercero.⁸⁵

A continuación se da una breve explicación de cada una de estas formas que las personas tienen para contratar un seguro:

1).- El seguro por cuenta de otro es aquél que se contrata por medio de un representante del asegurado, es decir el contratante y el asegurado son personas distintas, en este caso el representante del asegurado deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado (Art. 9 LCS).

Para el caso de que se contrate por cuenta de otro, pero sin que exista un representante, y de igual manera el contratante y el asegurado no son las mismas personas, el proponente (contratante) debe declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario. (Art. 10 LCS).

El seguro puede contratarse por cuenta propia o por cuenta de otro con o sin la designación de la persona del tercero asegurado. En caso de duda, se presumirá que el contratante obra por cuenta propia. (Art. 11 LCS). Procede aquí prueba en contrario para demostrar quien es el titular del interés asegurado.

2).- El seguro sobre la persona de un tercero. Este contrato se presenta en el seguro de vida que corresponde examinar a otro punto de este trabajo, aunque se puede adelantar que en éste contrato difiere la persona del asegurado con el tomador del seguro o contratante ya que aquí se asegura la persona de un tercero para el caso de muerte.

3).- El seguro a favor de un tercero, es el caso en el que una persona toma un seguro recayendo en éste la figura del contratante y asegurado, sobre todo en el caso del contrato sobre personas, en donde se designa como beneficiario a un tercero, el cual no interviene ni es parte en el contrato, sin perjuicio de convertirse en titular del derecho al cobro del seguro al ocurrir la muerte del asegurado.

⁸⁵ Cfr. Vázquez del Mercado, Oscar. Contratos Mercantiles. Décima edición. Ed. Porrúa. México, 2001. p. 274.

El asegurado tiene el derecho de designar a un tercero como beneficiario sin que exista el consentimiento del asegurador como lo señala el artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y también tendrá libertad de cambiarlo o revocarlo en el momento en que éste lo decida según queda estipulado en los artículos 164 y 165 de la citada ley.

2.4.3 EL TERCERO ASEGURADO.

Esta figura se presenta sólo en el seguro sobre personas, y tenemos que: "Existe seguro sobre la vida de un tercero siempre que el contrayente asegura la vida de una tercera persona tanto si lo asegura en interés del mismo tercero y a su favor (seguro por cuenta ajena), como si lo asegura por un interés propio o de otro tercero a beneficio propio o de otro tercero."⁸⁶

De la misma opinión es el Licenciado Vásquez del Mercado que señala: "Se celebra el contrato de seguro sobre la vida de un tercero, cuando quien contrata el seguro lo hace asegurando la vida de otro, ya sea que lo asegure en interés del tercero mismo o a su favor, o en interés de otro tercero."⁸⁷

Para que surta efectos éste contrato e interpretando a contrario sensu el artículo 156 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro el tercero asegurado debe dar su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada, igualmente deberá constar por escrito el consentimiento del tercero para el caso de designación de beneficiario, para cesión de derechos o para constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora. Hay excepciones a este precepto y que señalan que para el caso del seguro recíproco éste podrá celebrarse en un solo acto. El seguro sobre la vida del cónyuge o del hijo mayor de edad será válido sin el consentimiento a que se refiere el artículo 156. (Art. 159 LCS).

⁸⁶ Donati, Antigono. Ob. cit. p. 453.

⁸⁷ Vásquez del Mercado, Oscar. Ob. cit. pág. 331.

Así mismo se regula en el artículo 187 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que podrá constituirse el seguro a favor de una tercera persona, expresando en la póliza el nombre, apellido y condiciones de la persona asegurada, o determinándola de algún otro modo indubitable.

2.4.4.- EL BENEFICIARIO.

“Es la persona a quien se abona el dinero o se prestan los servicios que constituyen el contenido de la obligación del asegurador. No tiene un derecho propio, sino derivado, no independiente sino sujeto a las contingencias del contrato por parte del asegurado.”⁸⁸

Otra definición señala que: “el beneficiario es la persona física o moral, es el titular del derecho al pago de la suma asegurada por razón de su interés económico en el bien –seguro de daños-, o por habersele designado así –cláusula beneficiaria-, o bien por su carácter de heredero, casos estos dos últimos propios del seguro de vida.”⁸⁹

En el seguro de vida ésta figura tiene una gran importancia porque el beneficiario es una tercera persona diferente al asegurado, no interviene en la celebración del contrato, y solo puede tener derecho a disponer de la suma asegurada en el momento de la muerte del asegurado.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro dispone en su artículo 163 que el asegurado podrá designar a un tercero como beneficiario sin pedir consentimiento a la aseguradora y señala también que la cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro.

Se entiende entonces que el asegurado en uso de dicha cláusula beneficiaria puede designar sólo a una o a varias personas, ya sean sus hijos, cónyuges, padres o cualquier otra persona

⁸⁸ Rodríguez Rodríguez, Joaquín, Ob. cit. pág. 668.

⁸⁹ Díaz Bravo, Arturo. Ob. cit. pp. 235, 236.

que no éste ligada con dicho asegurado por lazos de parentesco, es decir que el asegurado puede designar a cualquier persona como beneficiario, aunque debemos tener presente que en la práctica las aseguradoras recomiendan no designar a un menor de edad como beneficiario aspecto que va en contra de la ley, porque ninguno de sus artículos señala dicha prohibición, por lo que esto sólo puede considerarse como una práctica administrativa que de ninguna manera obliga a las partes, es decir la recomendación mencionada, es sólo eso, una recomendación en busca de evitar problemas de representación del menor.

En caso de que el beneficiario fuera un menor de edad es lógico que quedará representado por el progenitor que sobreviva y a falta de éste, se siguen las reglas del derecho civil relativas a la patria potestad, y así tendríamos que a falta de padres, la patria potestad se ejercerá por los ascendientes en segundo grado; entendiendo que la patria potestad se ejerce sobre la persona y los bienes de los hijos.

Lo anterior se establece por los artículos 412, 413, 414 del Código Civil Federal, que a continuación se transcriben:

“Artículo 412.- Los hijos menores de edad no emancipados están bajo la patria potestad mientras exista alguno de los ascendientes que deban ejercerla conforme a la ley.”

“Artículo 413.- la patria potestad se ejerce sobre la persona y los bienes de los hijos. Su ejercicio queda sujeto, en cuanto a la guardia y educación de los menores, a las modalidades que le impriman las resoluciones que se dicten, de acuerdo con la Ley Sobre Previsión Social de la Delincuencia Infantil en el Distrito Federal.”

“Artículo 414.- La patria potestad sobre los hijos se ejerce por los padres. Cuando por cualquier circunstancia deje de ejercerla alguno de ellos, corresponderá su ejercicio al otro.
A falta de ambos padres o por cualquier otra circunstancia prevista en este ordenamiento, ejercerán la patria potestad sobre los menores, los ascendientes en segundo grado en el orden que determine el Juez de lo Familiar, tomando en cuenta las circunstancias del caso.”

Explicado lo anterior, debemos señalar que del artículo 153 fracción II de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se desprende que los beneficiarios pueden ser:

a).- Determinados.

b).- Indeterminados.

Los primeros se refieren a aquellos beneficiarios de los cuales se expresa su nombre y apellidos, o en caso de personas morales la razón social o denominación en la póliza.

Los segundos, los beneficiarios indeterminados es aquella designación que se hace omitiendo el nombre es decir, que solo se señala que el o los beneficiarios son los hijos, herederos, hermanos, o cónyuge del asegurado, pero no se menciona ni el nombre, ni los apellidos, en este supuesto podrán caer personas morales no determinadas específicamente, como pudieran ser las ahora tan de moda organizaciones no gubernamentales, pero si sería necesario por lo menos señalar el objeto de estas para concretar la designación, en este caso pudiera ser a vía de ejemplo beneficiarios; las asociaciones de lucha contra el cáncer en el Distrito Federal.

Para el caso de beneficiario indeterminado la ley señala varias reglas a seguir para la entrega o repartición de la indemnización:

a).- Cuando los hijos de una persona determinada figuren como beneficiarios sin mención expresa de sus nombres, se entenderán designados los descendientes que debieran sucederle en caso de herencia legítima. (Art. 171 LCS).

b).- Por el cónyuge designado como beneficiario se entenderá al que sobreviva (Art. 172 LCS).

c).- Por herederos o causahabientes designados como beneficiarios deberá entenderse, primero, los descendientes que deban suceder al asegurado en caso de herencia legítima y el cónyuge que sobreviva, y después, si no hay descendientes ni cónyuges, las demás personas con derecho a la sucesión (Art. 173 LCS).

d).- Si el derecho del seguro se atribuye conjuntamente como beneficiario, a los descendientes que sucedan al asegurado y al cónyuge que sobreviva, se atribuirá una mitad de éste y la otra a los primeros, según su derecho de sucesión (Art. 174 LCS)

e).- Cuando los herederos diversos a los que alude el artículo 174 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, fueren designados como beneficiarios, tendrán derecho al seguro según su derecho de sucesión.

Esta disposición y la del artículo 174 se aplicarán siempre que el asegurado no haya establecido forma de distribución del seguro. (Art. 175 LCS)

f).- Si el asegurado omitiere expresar el grado de parentesco o designare como beneficiario de su póliza a personas que lo deben suceder como herederos y faltare indicación precisa de la porción que corresponda a cada una, el seguro se distribuirá entre todas ellas por partes iguales. (Art. 176 LCS).

El asegurado aún en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte. (Art. 164 LCS).

El asegurado tendrá derecho a revocar al beneficiario, así como a renunciar a este derecho lo que deberá comunicar al beneficiario y a la empresa, dicha renuncia debe constar en la póliza. (Art. 165 LCS).

La cláusula beneficiaria establece en provecho del beneficiario un derecho propio sobre el crédito que ésta cláusula le atribuye, el cual podrá exigir directamente de la empresa aseguradora salvo lo dispuesto en el artículo 164 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Cuando el asegurado renuncie en la póliza a la facultad de revocar la designación del beneficiario, el derecho al seguro que se derive de ésta designación no podrá ser embargado ni

quedará sujeto a ejecución en provecho de los acreedores del asegurado, en caso de concurso o quiebra de éste. (Art. 168 LCS).

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

La designación del beneficiario es un acto unilateral, personal y que no está subordinado a la conformidad de la aseguradora, se puede hacer en el momento de la propuesta del contrato, en la celebración de este o posteriormente, de cualquier forma en que se haga debe manifestarse claramente a la empresa y constar en la póliza ya que ésta es la única prueba plena que tiene el beneficiario para hacer valer su derecho a la indemnización, como lo establece el artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en su última parte.

Por ello es que cuando se pretenda cambiar al beneficiario, designando a cualquier otra persona, deberá el asegurado informarlo a la empresa aseguradora, para que ésta lo haga constar en la póliza, pues ese cambio constituye una modificación esencial del contrato que debe constar en el único documento que acredita la existencia del seguro, es decir la póliza.

Así lo establece la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la siguiente tesis:

“SEGURO. CAMBIO DE BENEFICIARIO EN LA PÓLIZA.- Cualquier cambio de beneficiario en una póliza en la que se contenga el contrato de seguro debe comunicarse a la empresa aseguradora para que surta los efectos legales correspondientes. Primer Tribunal Colegiado del Primer Circuito en Materia Civil. Amparo Directo 589/1971 M.G. de V. 26 de noviembre de 1971. Unanimidad.”

Es de suma importancia lo que dispone el artículo 185 de la citada ley en cuanto a la pérdida de los derechos del beneficiario, dicho artículo menciona:

“Artículo 185.- El beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra la persona del asegurado. Si la muerte de la persona asegurada es causada injustamente por quien celebró el contrato, el seguro será ineficaz, pero los herederos del asegurado tendrán derecho a la reserva matemática.”

Aquí lo que habría que preguntarse es si no está mal empleada la palabra "injustamente" porque interpretando dicho artículo se puede pensar que entonces el beneficiario no pierde sus derechos si atenta justamente y no injustamente contra la persona del asegurado. De cualquier manera si se atenta en contra de la persona del asegurado será de forma injusta porque no cabe la razón de atentar justamente en contra de dicho asegurado, quizás en este caso se deba considerar el aspecto de la eutanasia, sin embargo la ley no lo regula y si menciona específicamente el hecho de que "el beneficiario atenta injustamente en contra del asegurado", y la palabra atentar significa: "Empezar o realizar algo ilegal o ilícito"⁹⁰ por lo tanto estamos hablando de hecho ilícito el que comete el beneficiario en contra del asegurado, y que al ser un ilícito, éste es ilegal y como consecuencia injusto, pues no puede haber un hecho ilícito que sea justo, por lo que la palabra injustamente se encuentra mal empleada en este artículo.

En la actualidad diversos casos se presentan en la hipótesis de la muerte de una persona para cobrar el monto de la suma asegurada y lo peor es que en múltiples ocasiones se logra engañar a la aseguradora y ésta paga el monto del seguro al beneficiario, sin analizar si existió algún hecho que debió considerarse al momento en que se presentó el beneficiario a reclamar su derecho.

Caso aparte y que no se considera en la ley sería la muerte de una persona por eutanasia aquí algunas corrientes de pensamiento estiman que no se atenta injustamente en contra de la persona del asegurado, sin embargo la ley no lo considera así y entonces para poder cobrar el seguro se tendría que probar la muerte por eutanasia por tratarse de un caso de enfermedad incurable, y entonces podríamos recurrir a la aplicación del artículo 186 que se refiere al suicidio para poder cobrar la suma asegurada, de lo contrario se presenta una controversia.

En mi opinión de una manera estricta sólo tiene aplicación el artículo 185, porque al no haber disposición legal que autorice la eutanasia, necesariamente se está ante un ataque contra la persona del asegurado, que en cualquier caso es ilegal y el que sea justo o injusto es una cuestión de valoración moral, pero que sale del ámbito de la ley, por lo tanto no es de tomarse en cuenta la denominada eutanasia como causa de pago del seguro, sino como excluyente de la obligación correlativa; en la práctica el problema se salva porque ningún médico certifica como

⁹⁰ Palomar de Miguel, Juan. Diccionario para Juristas. Tomo I. Ed. Porrúa. México, 2000. p. 154.

causa de la muerte "la eutanasia", sino que menciona la enfermedad o padecimiento que llevó a tomar la decisión de suprimir o suspender la vida del asegurado.

2.4.4.1.- AUSENCIA DEL BENEFICIARIO.

Para el caso de que el beneficiario designado muriera antes o al mismo tiempo que el asegurado y no se hubiera hecho nueva designación, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación (Art. 164 LSC).

Si existen varios beneficiarios y en el momento de la muerte del asegurado, uno de esos beneficiarios desaparece, (es decir que falleciera o se declare legalmente su ausencia) la porción del seguro que le hubiere correspondido acrecerá por partes iguales la de los demás, es decir que será repartida entre los demás por partes iguales. (Art. 177 LSC).

Debe destacarse que el importe del seguro o suma asegurada no forma parte del patrimonio del testador asegurado, ni del caudal hereditario, solo a falta del beneficiario dicha suma se pagará a la sucesión siguiendo las reglas que para ello establece el derecho civil, pero cuando exista beneficiario, la suma o importe debe ser entregado a éste sin tomar en cuenta que ese beneficiario sea o no parte de la familia del asegurado.

A este respecto también la Suprema Corte de Justicia de la Nación se ha pronunciado de la siguiente forma:

SEGURO DE VIDA. PUEDE REVOCARSE LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO, PERO EL ASEGURADO DEBE COMUNICARLA EN FORMA INDUBITABLE AL REVOCADO Y A LA EMPRESA. NO ES UN BIEN QUE PERTENEZCA AL PATRIMONIO DEL TESTADOR ASEGURADO; NI FORMA PARTE DEL CAUDAL HEREDITARIO.- Si bien el asegurado tiene derecho para designar al beneficiario, y también lo tiene para revocar esa designación, siempre que no haya renunciado a este último, para que pueda surtir efectos la revocación es indispensable que la comunique el asegurado, al beneficiario y a la empresa

aseguradora y esto debe hacerlo en forma indubitable. Además, el importe del seguro, podrá pagarse a la sucesión del asegurado, cuando el beneficiario designado muere antes o al mismo tiempo que asegurado y no existe designación de otro beneficiario.

Si el asegurado, después de haber hecho la designación de beneficiario del seguro, otorga testamento en el cual instituye a otra persona como única y universal heredera de todos sus bienes, presentes y futuros, así como de todos los que correspondieran al testador por cualquier causa a pesar de lo que en otro sentido hubiere declarado en documento anterior, tal disposición testamentaria legalmente solo puede referirse a los bienes propios al momento de otorgar el testamento y a los adquiribles entre ese momento y aquél en que falleciera, y no puede comprender el del importe del seguro de vida, porque éste no nace sino después de la muerte, y por ende no llega a formar parte del patrimonio del asegurado y testador.

El testamento es un acto por el cual una persona dispone de sus bienes y derechos; y la herencia es la sucesión en todos los bienes del difunto, y en todos sus derechos y obligaciones que no se extinguen por la muerte, al tenor de los artículos 1295 y 1281 del Código Civil, y la suma de dinero importe de un seguro de vida, es un bien que nace con la muerte del asegurado y al cual tiene derecho el beneficiario. Consecuentemente, no puede tratarse de un bien hereditario que pudiera corresponder al instituido heredero único y universal, sino al beneficiario del seguro. (Amparo directo 4446/1956. Áurea Serrano Viuda de Terrazas. Resuelto el 28 de febrero de 1958, por unanimidad de 4 votos. Ausente: el Sr. Mtro. Santos Guajardo. Ponente: el Sr. Mtro. Ramírez Vázquez. Secretario: Lic. Carlos Reyes Galván. Boletín de información judicial. 1958. págs. 231 y 232).

2.4.5 EL MENOR DE EDAD

La ley de la materia establece la nulidad del contrato de seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una persona sujeta a interdicción; y la empresa estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe. (Art. 157 LCS).

Pero en caso de que el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de lo contrario el contrato será nulo. (Art. 158 LCS).

Esta medida tiene como objeto evitar el infanticidio, pues el menor sobre el que se contratara el seguro, estaría expuesto a la voluntad del contratante o tomador del seguro y se pondría en todo momento en peligro su vida, pues con la finalidad de cobrar la suma asegurada, el beneficiario que bien podría ser el contratante, puede atentar contra la vida de dicho menor, esto que más bien parece tema para el argumento de una película o novela de terror, desafortunadamente está más cerca de la realidad de lo que es creíble.

2.5 ELEMENTOS MATERIALES.

En este apartado se hace mención a tres elementos que son el Interés Asegurable, la Suma Asegurada y la Indemnización, los tres tienen como factor predominante el aspecto económico.

2.5.1 INTERÉS ASEGURABLE.

“El interés asegurable constituye el objeto del contrato; su existencia es esencial para legitimar el contrato e impedir que degenera en una apuesta, y porque en el seguro de daños, es la medida de la indemnización. . . . La materia del seguro está dada por el interés, su clase y extensión, y no por el bien sobre el cual versa el interés. . . El contrato de seguro considera éste interés o relación con la cosa en cuanto existe la posibilidad de su disminución o desaparición, por un hecho preciso que puede afectarla es decir: que se asegura el interés amenazado, porque sino existe este peligro no existe el riesgo que debe asumir el asegurador. En el momento del comienzo del seguro, el interés asegurado es la relación entre un sujeto y un bien amenazado por un hecho determinado; el interés asegurado es la relación en estado de indemnidad. En el momento de la actualización del riesgo se daña la relación entre un sujeto y un objeto, el daño asegurado representa la relación en estado de daño. El interés asegurado limita el alcance de los daños indemnizables.

De lo expuesto se deduce que el interés asegurable depende de tres elementos: un bien, la relación jurídica con éste y su exposición a un riesgo determinado.⁹¹

“El interés es una relación susceptible de valoración económica, entre un sujeto y una cosa apta a satisfacer una necesidad, a prestar una utilidad, o más brevemente una relación económica (*quae inter est*) entre un sujeto y un bien; sumisión al riesgo no es requisito de interés sino de su asegurabilidad.”⁹²

Don Joaquín Rodríguez y Rodríguez hace saber respecto del interés asegurable lo siguiente: “No hay riesgo asegurable si no hay interés en que aquél no se produzca. El seguro no puede ser una causa de lucro, sino de disminución o supresión de un daño, en sentido económico al menos. . . Se deduce que el interés es la titularidad económica o el vínculo económico en virtud del cual la necesidad económica que provoca la producción del riesgo repercute desfavorablemente en un determinado patrimonio. Decimos que es una titularidad económica, un vínculo económico, porque pueden tener interés personas que no tienen ya o no tienen todavía un vínculo jurídico en el sentido de reclamación de dominio.”⁹³

“El interés asegurable ha sido definido como una relación entre la persona y el objeto del seguro capaz de hacer sufrir a aquella una pérdida financiera o económica en el caso de que ocurra la contingencia contra la que se ha asegurado. . . se entiende aquel interés económico que tiene el asegurado, contratante o beneficiario, en que no se produzca un siniestro. . . siempre aparece en la doctrina moderna como un ingrediente ineludible del negocio jurídico asegurativo, como un elemento indispensable para la validez del contrato, a tal grado que su existencia determina la nulidad de éste último y su desaparición ulterior, al momento de la celebración del negocio provoca la extinción del seguro.”⁹⁴

De estos cuatro conceptos se deduce que el interés asegurable es un elemento material del contrato de seguro, en cuyo fundamento es el aspecto económico, tiene asimismo tres elementos que lo conforman:

⁹¹ Cfr. Halperin, Isaac. Ob. cit. Vol. II. pp. 773-777.

⁹² Donati, Antigono. Ob. cit. p. 223.

⁹³ Rodríguez Rodríguez, Joaquín. Ob. cit. p. 65.

⁹⁴ Martínez Gil, José de Jesús. Ob. cit. p. 178, 179.

a).- Sujeto (asegurado o contratante).

b).- Objeto (cosa asegurada).

c).- Relación.

a).- El sujeto es una persona física o moral que no desea que un riesgo provoque o le cause una pérdida patrimonial, es decir el sujeto tiene interés de conservar un bien para gozar de su utilidad.

b).- Objeto es la cosa asegurada, es el objeto que representa una utilidad para el sujeto y por lo tanto susceptible de valorarse en dinero.

c).- Relación será el nexo existente entre el sujeto y el objeto y será de naturaleza económica, es decir susceptible de valorarse en dinero.

Hay tratadistas que consideran que el interés asegurable es el objeto del contrato de seguro; ya que sino existe un interés económico por parte del sujeto, sobre una cosa que representa utilidad para este, no será asegurada, por lo tanto el contrato es inexistente, en ello radica la importancia del interés asegurable, ya que dicho en otras palabras si el sujeto no tiene interés en conservar una cosa o en su defecto en el momento de la presentación o acaecimiento del siniestro ser indemnizado, no existirá razón para el contrato de seguro, pues el sujeto en ningún momento acudiría a una empresa aseguradora para asegurar el objeto o cosa, si carece de cualquiera de esas dos motivaciones, conservar la cosa y ser indemnizado de ocurrir el riesgo.

Por lo que hace al seguro de vida el tratadista Luis Ruiz Rueda señala: "Es evidente que en los casos de seguro de personas, no hay relación económica entre persona y cosa amenazada por un riesgo y sin embargo, no puede negarse que los riesgos a que está expuesta la vida, la integridad y la salud de una persona, afectan en muchos casos al patrimonio de alguien: hay por tanto interés sin relación económica de persona a cosa. . . En el seguro de daños es necesario el interés económico en que no se produzca el siniestro, mientras que en el de

personas, puede existir ese interés, pero no es indispensable, porque éste último tipo de contrato no es necesariamente indemnizatorio.⁹⁵

Si se consideran los tres elementos del interés asegurable se puede ver que se presentan en el seguro de vida y así se tiene que:

a).- El sujeto: será la persona asegurada, aquí no se pone precio o valor a su vida simplemente se acepta que se establezca una cantidad como suma asegurada, que será entregada a sus beneficiarios en el momento que se presente la muerte del asegurado.

b).- Objeto: será el sujeto en sí, no estimado como una cosa o un bien, pero si considerado como persona de derecho capaz de producir económicamente mediante su trabajo es lo que se valora económicamente y se hace referencia al trabajo, porque el patrimonio es materia de sucesión, lo que salvo excepción no ocurre con el seguro.

c).- Relación: Aquí no será el nexo entre el sujeto y el objeto, sino más apropiadamente el nexo será entre el individuo y el producto de su trabajo, es decir la producción que realiza empleando su cuerpo ya sea de manera física o intelectual, y esta relación puede tutelarse contra la posibilidad de que el sujeto sufra algún daño que ocasione su muerte, por lo que existe el interés del asegurado de que en el momento de su muerte, no ocasione un daño que podría ser patrimonial para terceras personas que dependían del producto de su trabajo.

Es decir, no es que la vida de un ser humano tenga un precio, o que la indemnización sirva para reparar el daño, ya que la muerte es algo irreparable, pero en el caso de un padre de familia que muere y deja como beneficiarios a su esposa e hijos, esa suma de dinero entregada a éstos, servirá como apoyo económico durante algún tiempo o ser la base para la construcción de un patrimonio propio de la familia huérfana, incluso puede ser utilizado para el pago de los gastos funerarios del propio asegurado.

Por lo que considero que existe un interés asegurable en el seguro de vida por que hay una relación económica entre el sujeto y el producto de su trabajo que se realiza con su propio

⁹⁵ Cfr. Ruiz Rueda, Luis. Ob. cit. pp. 166, 167.

cuerpo, y aun va más allá, pues en el momento de pactar una suma asegurada y designar a un beneficiario, tendrá interés en que dicho beneficiario reciba una cantidad en dinero que le servirá como un apoyo económico normalmente para los fines antes dichos en caso de verificarse su muerte.

2.5.2 SUMA ASEGURADA.

Al contrario de los temas anteriores, sobre este punto no se cuenta con varios conceptos, pues los tratadistas consultados no definen lo que es la suma asegurada, por lo que se hace mención sólo a dos definiciones, a saber:

“La suma asegurada es el valor atribuido por el titular de un contrato de seguro a los bienes cubiertos por la póliza y cuyo importe es la cantidad máxima que el asegurador está obligado a pagar en caso de siniestro.”⁹⁶

“La suma asegurada consiste en el monto de la garantía convenida por los contratantes la cual debe constar en la póliza, se trata de la cantidad en que se convino por ambas partes contratantes como el máximo de la obligación indemnizatoria del asegurador, máximo al cual deberá llegarse, siempre que el monto de los daños sufridos, lo iguallen o sobrepasen.”⁹⁷

Por lo tanto se tiene que la suma asegurada será el valor que acepta el asegurado con relación a los bienes asegurados y será el monto máximo que debe pagar el asegurador, en el caso del seguro de vida el valor estipulado en la póliza será la cantidad o suma asegurada que se entregará al o a los beneficiarios designados a partir del momento de la muerte del asegurado.

Sin embargo, en el seguro de vida ese valor es indeterminado, porque la vida de un ser humano no tiene un precio pues no es un objeto al que se le pueda tasar con una cantidad económica

⁹⁶ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. Ob. cit. p. 223, 224.

⁹⁷ Ruiz Rueda, Luis. Ob. cit. p. 172.

con la cual adquiriera un precio en dinero, por lo que la suma asegurada señala el monto máximo a pagar, pero esa suma o cantidad no va a depender del valor de la cosa asegurada que en este caso sería la vida misma, sino de la voluntad de la partes.

Esa cantidad, pactada en la póliza como suma asegurada, será entregada al beneficiario, con las excepciones que marca la ley en cuanto a suicidio, y lo comentado del daño injusto a la persona del asegurado que prevé el artículo 185 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y la rescisión o nulidad del contrato, temas que serán abordados posteriormente.

En este seguro la suma asegurada y la prima se establece que sean cantidades altas, por la magnitud de lo que se asegura que es la propia vida, y que va a estar relacionada no con el siniestro en sí, sino con el tiempo en que suceda, es decir en que se presente la muerte del asegurado. En la práctica la suma asegurada se determina conforme a las tablas de mortandad y tomando en cuenta la actividad profesional y deportiva en su caso, o la exposición a riesgos específicos como el uso de aeronaves no comerciales, etc. así como el estado de salud general de la persona.

2.5.3 INDEMNIZACIÓN.

La indemnización es un elemento material del contrato de seguro, diversos tratadistas consideran que es la principal obligación del asegurador, mientras que otros consideran que la principal obligación es la asunción del riesgo y la indemnización como consecuencia de éste.

“La indemnización es la cantidad que está obligada a pagar contractualmente la compañía aseguradora en caso de producirse un siniestro . . . El principio indemnizatorio del contrato de seguro afirma que la finalidad del contrato consiste en dejar al asegurado en las mismas condiciones económicas anteriores a la presentación del evento asegurado, no permitiéndole beneficiarse de ésta contingencia.”⁹⁸

⁹⁸ Martínez Gil, José de Jesús, Ob. cit. p. 155.

Se considera que la mayoría de los contratos de seguro son indemnizables o indemnizatorios, es decir restitutorios de un daño con excepción de los seguros de vida, de accidentes y enfermedades, por lo que la mayoría de los contratos de seguros procuran que el asegurado después de realizarse el siniestro, quede en la misma situación económica que mantenía antes de la realización de dicho siniestro, hasta donde sea posible.

La indemnización no sólo se presta en dinero, pues a veces conviene a las partes esto es asegurado y asegurador la reposición, reparación o sustitución del objeto asegurado, sin perder de vista que esto no se presenta en el seguro de vida, que no es posible considerarlo como un contrato de indemnización, ya que el valor de la vida del asegurado no puede calcularse en términos económicos, por lo tanto la obligación de indemnizar se determina por la medida del daño sufrido, el monto asegurado y la clase de seguro.

En el caso del seguro de vida no se habla de indemnización, sino de suma asegurada, porque el daño sufrido no es posible calcularlo en términos económicos, dicha suma o cantidad asegurada se determina en función de la capacidad para pagar las primas y la productividad del asegurado, tomando en consideración que dicha suma es propuesta o aceptada por el asegurado en el caso de que el asegurador proponga una cantidad o acepte la opinión del asegurador en cuanto al monto de la suma; es decir que es la cantidad que él quiso dejar a sus beneficiarios en caso de su muerte, sin que esa cantidad o suma represente el valor real del daño económico que la muerte del asegurado causó a sus beneficiarios al no poder obtener ya el producto del trabajo de dicho asegurado.

En este caso, la forma en que el asegurador paga la suma asegurada es a través de los beneficiarios, quienes deben acudir a la empresa y realizar los trámites que se les indiquen, para obtener el pago del seguro.

2.6 PROPUESTA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

El tratadista Antigono Donati señala: "La proposición de seguro es una declaración de voluntad de contratación (y no una simple petición de elementos aclaratorios preventivos) dirigida a la celebración de un contrato definitivo (y no de un contrato preliminar) y que contiene la (o los elementos para el futuro) concreción del contrato asegurador que se quiere celebrar. . . Es recepticia, porque está destinada a producir el efecto principal sólo cuando llega a ser conocida de la otra parte."⁹⁹

Otro concepto lo señala Rubén S. Stiglitz quien argumenta: "La propuesta de seguro es la oferta o declaración de voluntad unilateral del asegurado, recepticia –pues tiene como destinatario al aceptante o asegurador- y que una vez aceptada habrá dado nacimiento al negocio jurídico bilateral, pues sólo entonces nos hallaremos en presencia de la declaración de voluntad común o consentimiento."¹⁰⁰

La Ley de la materia regula la oferta como sinónimo de propuesta, por lo que se debe entender que la oferta será la proposición que realiza una persona con interés de asegurarse o asegurar algún objeto, a la empresa aseguradora, dicha oferta será por escrito, y en la cual se describe el objeto que se quiere asegurar y sus características, o bien su estado de salud, actividades profesionales, deportivas y cotidianas, si es que se quiere contratar un seguro de vida que deberá contener todos los datos de la persona a asegurarse, así como sus generales, con la finalidad de que la empresa cuente con los datos necesarios de lo que se quiere asegurar y pueda emitir la póliza sobre dichas bases.

En la práctica es la empresa aseguradora quien busca a una persona para ofrecerle determinado seguro, presentándole por escrito un cuestionario, pero ello es considerado por los tratadistas como una mera invitación a celebrar el contrato de seguro y no como una propuesta, pues jurídicamente se considera que es el asegurado el que propone el contrato.

⁹⁹ Donati, Antigono. Ob. cit. p. 251.

¹⁰⁰ Stiglitz, Rubén S. Caracteres Jurídicos del Contrato de Seguro. Primera reimpresión. Ed. Astrea. Buenos Aires, 1987, p. 189.

Se debe tomar en cuenta que siendo característica del contrato el ser consensual, ello implica que dicho contrato existe con el acuerdo de voluntades de las partes contratantes.

En el seguro de vida esa invitación que hace la empresa, es un cuestionario que el asegurado debe responder, y en este caso las preguntas y su complejidad varían de una empresa a otra, así se puede encontrar que algunas aseguradoras sólo se refieren a las enfermedades que ha padecido la persona, que síntomas se presentan en la actualidad, o si goza de buena salud, mientras que otras indagan sobre las ocupaciones, hábitos, accidentes, cirugías, actividades realizadas por la persona, con la finalidad de tener un panorama más amplio que refleje el perfil de dicha persona, y la aseguradora pueda en base a ello y las tablas de mortandad, expedir la póliza con el monto de la prima que ha de cubrirse y la suma asegurada.

Debe seguirse la siguiente norma que establece la Ley Sobre el Contrato de Seguro en su artículo 5 que a continuación se transcribe:

“Artículo 5.- Las ofertas de celebración prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato suspendido, obligaran al proponente durante el término de quince días, o el de treinta cuando fuere necesario practicar examen médico, sino se fija un plazo menor para la aceptación.”

De acuerdo con dicho artículo la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido lo siguiente:

“SEGURO. MODIFICACIÓN IMPLÍCITA DE LA OFERTA. Si bien es cierto que según el artículo 7o., parte final, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato, ello es siempre y cuando la empresa comunique la aceptación dentro de los plazos que fija el artículo 5o. de la ley. Por lo que, si no aparece demostrado que se haya comunicado la aceptación dentro de esos plazos y hubo expedición de pólizas parciales que implican la reducción del monto de la oferta, la expedición y entrega de dichas pólizas, y su aceptación, sin reclamación alguna, por parte del proponente, implicó que la solicitud u oferta primitiva quedó modificada. Amparo directo 4759/57. Irineo A. García, sucesión y coagraviados. 12 de mayo de 1960. Mayoría de tres votos. Disidentes: José López Lira y Gabriel García Rojas. Ponente: José Castro Estrada. Sexta Epoca, Instancia: Tercera Sala, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, Tomo: Cuarta Parte, XXXV, Página:95.”

2.7.- LA ACEPTACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

“La aceptación del asegurador es la declaración de voluntad del asegurador de celebrar el contrato propuesto por el proponente. Como en el caso de la proposición, es necesario que se trate de una declaración de voluntad de contratar y no de petición de aclaraciones o de invitación al examen médico; que sea dirigida a la celebración de un contrato definitivo y no uno preliminar o de cobertura provisional; y además es necesario que su contenido coincida con el de la proposición, pues en otro caso equivale a una nueva proposición, para la cual es necesaria la aceptación. También la aceptación es una declaración unilateral de la voluntad no formal y recepticia.”¹⁰¹

De lo anterior se entiende que el proponente es el futuro asegurado y que quien acepta es el asegurador mediante la declaración exacta y precisa de su voluntad de celebrar el contrato definitivo y no una forma preparatoria o provisional.

La aceptación del contrato puede hacerse de la misma forma que en el derecho común, es decir tácita o expresamente; la aceptación tácita ocurre en el caso de que la aseguradora acepte el pago de la prima antes de emitir su aceptación expresa, por regla general las empresas no aceptan el pago de la prima antes de la aceptación expresa del seguro, pero si por alguna razón lo hacen, expiden un recibo en calidad de depósito para aplicarse al pago de la prima en caso de que se acepte la propuesta del oferente.

Estos casos de aceptación tácita se encuentran previstos en los artículos 6 y 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en el primero de estos artículos, se establece la aceptación de la aseguradora si no contesta en 15 días contados a partir de la recepción de la oferta, cuando se trate de ofertas de prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato suspendido hechas en carta certificada con acuse de recibo, ésta aceptación no es aplicable a las ofertas para aumentar la suma asegurada, y en ningún caso se aplica en el seguro de personas.

¹⁰¹ Donati, Antigono. Ob. cit. p. 253.

La Ley de la materia en este artículo 6 no señala que los días sean hábiles o naturales, pero en la práctica son días hábiles, pues sólo en esos días la empresa aseguradora tiene labores de su personal razón por la que deben ser tomados sólo los días hábiles, como lo señala el artículo 1064 del Código de Comercio de aplicación supletoria a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y el artículo 84 del citado Código de Comercio, en el que se establecen que en los contratos mercantiles los cómputos se entenderán de días, meses y años, entendiendo el día de 24 horas; los meses según el calendario y el año de 365 días; sin perder de vista que el negocio jurídico se lleva a cabo entre particulares y no se trata de controversia con alguna autoridad judicial para que se aplicaran los términos judiciales y se tomaran sólo los días hábiles; sin embargo el comentario se hace en razón de que en la práctica las aseguradoras realizan los trámites en días hábiles y le indican al asegurado que sus respuestas o trámites serán llevados a cabo en días hábiles.

En el artículo 7 de la Ley referida se menciona que las declaraciones firmadas por el asegurado, serán la base para el contrato de seguro si la empresa comunica su aceptación dentro de los plazos fijados en el artículo 6; como podemos ver el artículo 7 nos remite a los plazos fijados por el artículo 6 que tampoco señala con claridad cuales son los plazos para la aceptación de la propuesta de contrato, al analizar dicho artículo encuentro que se habla de ofertas de prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato suspendido, pero no señala en el caso de un nuevo contrato, que tiempo tardará la empresa en comunicar al asegurado o contratante su aceptación.

En la práctica, en los seguros de vida las empresas aseguradoras tienen por regla general mostrar al contratante la oferta por escrito, para que únicamente sea llenada por éste dando asesoría si fuere necesario para aclarar las dudas del tomador, hecho lo cual la empresa a través de sus agentes señala el día y hora en que el asegurado deberá acudir a recoger su póliza, ya que en el momento del llenado del formato el agente de seguros informa al asegurado cuales son las condiciones para que el contrato sea aceptado, explicando el monto, tanto de la prima que deberá pagar el contratante, como el monto de la suma asegurada que recibirá su o sus beneficiarios designados.

La aceptación expresa se puede hacer verbalmente, comunicándola en lo personal al proponente, ya sea en las oficinas de la empresa, mediante un intermediario o bien en forma escrita.

El silencio de la empresa aseguradora no se considera como aceptación en el caso de la propuesta del seguro, el único efecto que tiene la propuesta, es la vinculación del proponente y al vencer el plazo de 15 o 30 días que establece la ley la desvinculación opera automáticamente, es decir se presume que no hay aceptación del seguro.

Por ello es de considerarse que el silencio del asegurador no tiene efectos de aceptación cuando se trata de la celebración de un contrato nuevo; pero si en cambio cuando se trata de ofertas de prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato suspendido, ello debe contar con la aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y obviamente esto no aplica a los aumentos de suma asegurada y en ningún caso al seguro de personas.

De aquí se desprende como conclusión que no existe el consentimiento tácito para que operen los seguros de vida y mucho menos el silencio del asegurador.

Además se debe tomar en cuenta que cuando la póliza ya expedida por el asegurador difiere de la oferta que hizo el asegurado, éste puede pedir la rectificación correspondiente dentro del plazo de 30 días que sigan al día en que se reciba la póliza, como lo establece el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2.8 FACULTAD DE LA ASEGURADORA PARA ACEPTAR O RECHAZAR LA PROPUESTA DEL SEGURO DE VIDA.

De conformidad con lo expuesto, la empresa aseguradora cuenta con la facultad de aceptar o rechazar la propuesta que le haga llegar el prospecto a asegurar, lo cual en gran medida depende de las circunstancias del caso, como por ejemplo, en un seguro de vida, resulta

importante la edad, que se Informe si fuma, si padece alguna enfermedad, tratamientos, actividades deportivas, etcétera.

En este sentido, si se actualiza en forma específica, la propuesta del futuro asegurado, compete al asegurador dar el siguiente paso, mismo que se encuentra destinado a aceptar o rechazar la celebración del Contrato de Seguro, que puede consistir en:

- a).- Aprobar la propuesta en los términos y condiciones ofertadas por el proponente.
- b).- Admitir la oferta parcialmente, es decir, aceptar sólo en algunos aspectos de la propuesta, alterando o modificando otros.
- c).- Rechazar la propuesta efectuada por el futuro asegurado.

Esta aceptación o rechazo por parte de la institución aseguradora, no puede hacerse por un tiempo indefinido, a este respecto la Ley Sobre el Contrato de Seguro señala lo siguiente:

“Artículo 6.- Se considerarán aceptadas las ofertas de prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato suspendido, hechas en carta certificada con acuse de recibo, si la empresa aseguradora no contesta dentro del plazo de quince días, contados desde el siguiente al de la recepción de la oferta, pero sujetas a la condición suspensiva de la aprobación de la Secretaría de Hacienda. La disposición contenida en este artículo no es aplicable a las ofertas de aumentar la suma asegurada y en ningún caso al seguro de personas.”

Del precepto legal invocado, se deduce que el tiempo con que cuenta la aseguradora para rechazar una oferta, es de 15 días, mismos que se contarán desde la recepción de la oferta, esto sirve como un dispositivo de seguridad para el proponente, ya que si bien es cierto la empresa aseguradora cuenta con la facultad de aceptar o rechazar, también lo es que, el asegurador debe emitir una respuesta dentro de un término cierto y éste lo da la ley, ya que de lo contrario, la empresa de seguros corre el riesgo de aceptar al asegurado en condiciones diversas a las que opera; así lo establece el artículo 7 de la citada ley, mismo que para mejor referencia me permito transcribir a la letra:

“Artículo 7.- Las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de ofertas suministrado por la empresa aseguradora, o bien remitirse al proponente para que éste las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa. El proponente no estará obligado por su oferta si la empresa no cumple con esta disposición. En todo caso, las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato, si la empresa le comunica su aceptación dentro de los plazos que fija el artículo 6º de la presente Ley.”

Ahora bien, una vez que haya sido aceptada la propuesta del proponente -futuro asegurado-, el mismo cuenta con 30 días, para solicitar la rectificación, si la póliza o modificaciones, no fueron emitidas de conformidad con la oferta presentada, situación que se prevé en el artículo 25 de la ley de la materia que al efecto indica:

“Artículo 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.”

De lo anterior, podemos concluir que, se entiende aceptada la oferta cuando la empresa aseguradora así lo manifiesta o bien cuando han transcurrido 15 días desde la presentación de la oferta y se entiende aceptada cuando emitida la aceptación, no se realiza ninguna aclaración por parte del oferente, respecto de las condiciones de la póliza o sus modificaciones.

2.9 EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO.

Autores como Rubén S. Stiglitz, Antigono Donati, Luis Ruiz Rueda entre otros, coinciden en señalar que el contrato de seguro se perfecciona en el momento en que el proponente tiene conocimiento de la aceptación de la oferta por parte del asegurador.

Así mismo la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece en su artículo 21 lo siguiente:

“Artículo 21.- El contrato de seguro:

I.- Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la oferta. En los seguros mutuos será necesario además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios;

II.- 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; y

III.- Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida, el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, si no lo fuere, a partir de la oferta.”

Pero la ley no regula sobre la forma del conocimiento y de la aceptación, por lo que se puede deducir que cualquier forma está aceptada, es decir telegrama, carta, información a terceros, fax o comunicación telefónica, etc. incluyendo los modernos medios como el correo electrónico y la red de internet.

Para fundamento de lo anterior se tiene que el Código de Comercio establece en su artículo 80 lo siguiente:

“Artículo 80.- Los convenios y contratos mercantiles que se celebren por correspondencia, telégrafo o mediante el uso de medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, quedarán perfeccionados desde que se reciba la aceptación de la propuesta o las condiciones con que ésta fuere modificada.”

Por lo tanto, no hay duda que las anteriores formas del conocimiento y de la aceptación son válidas para aplicarse al contrato de seguro, con la restricción que ya se apuntó por lo que hace al consentimiento tácito que no opera para los seguros de personas, ni cuando se trata del aumento de la suma asegurada, pues en ésta clase de seguros las condiciones tanto de la propuesta como de la aceptación son muy especiales, y no podría quedar sujeto a un consentimiento tácito o aún más al silencio del asegurador.

El contrato de seguro tiene la característica de ser consensual y a este respecto el artículo 1807 del Código Civil Federal señala que:

“Artículo 1807.- El contrato se forma en el momento en que el proponente recibe la aceptación, estando ligado por su oferta según los artículos precedentes.”

Por lo anterior, no hay duda en que el contrato de seguro se perfecciona en el momento en que el proponente tiene conocimiento de la aceptación de la oferta, pero que sucede cuando en un seguro de vida el siniestro se hubiese realizado al momento de la celebración del contrato, o que se presentara alguno de estos casos:

- a).- Que el asegurado contrate un seguro de vida y muera antes de que la compañía aseguradora haya declarado su voluntad de aceptar la propuesta de seguro.
- b).- Que el asegurado contrate un seguro de vida y con posterioridad fallece, sin tener conocimiento de la aceptación de la oferta por parte del asegurador.

Para estos casos el artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro señala: que el contrato será nulo si en el momento de su celebración el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado, en los casos citados el asegurado ya falleció por lo que el contrato es nulo, pues ya no existe el motivo del contrato.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido lo siguiente:

CONTRATO DE SEGURO. SUPUESTOS MEDIANTE LOS CUALES SE PERFECCIONA.- El contrato de seguro es de naturaleza consensual, sus efectos jurídicos se producen a partir del momento en que las partes contratantes aceptan los derechos y obligaciones pactados con relación al objeto, cosa, precio y demás términos, es decir, que para que nazca un contrato, es menester que se dé un acuerdo de voluntades entre los interesados, como lo prevé el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. El citado precepto establece tres supuestos mediante los cuales se perfecciona un contrato de seguro a saber: a) Conforme a la fracción I del artículo 21 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se acredita mediante la expedición de la póliza correspondiente o algún otro documento formulado por la aseguradora; b) A falta de póliza, la existencia del contrato se comprueba con la confesión de la aseguradora; c) A falta de la póliza, si la aseguradora confiesa que celebró el contrato, pero afirma que el asegurado no tuvo conocimiento de la aceptación de la oferta, los medios de convicción idóneos para acreditar esta última circunstancia lo son la confesión del asegurado, y en su caso, la declaración de testigos. Amparo directo 34/94. Oscar Martín Barruch. 10 de febrero de 1994. Unanimidad de votos. Ponente: María del Carmen Sánchez Hidalgo. Secretaria: Edith Alarcón Meixueiro. Octava Época. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación. Tomo: XIII-Mayo. Página: 421.

SEGURO DE VIDA, PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE. Tratándose del seguro de vida la ley distingue entre el caso que fuere necesario examen médico, y la hipótesis contraria. En el primer supuesto si el contrato se celebra a plazo, éste no puede exceder de treinta días contados a partir del examen médico del asegurado, cuando dicho examen fuese necesario. Si el examen médico no fuese necesario el contrato iniciará su vigencia a partir de la oferta. Como se advierte, el contrato de seguro sólo puede celebrarse a plazo cuando fuere necesario el examen médico, ya que cuando no lo fuere surte sus efectos desde la oferta, en este supuesto se adopta la teoría de la emisión puesto que el legislador pretende la protección inmediata del solicitante que se encuentra en perfecto estado de salud. En consecuencia, no es aplicable la regla prevista en la fracción I, del artículo 21 de la ley de la materia, sino la fracción III de dicho dispositivo. Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del primer Circuito. Octava Epoca, Semanario judicial de la Federación, Tomo X-Septiembre, pág. 368. Amparo directo 2314/92. Rebeca Elena Ramos viuda de Barrera. 30 de abril de 1992. Unanimidad de votos. Ponente: José Becerra Santiago. Secretario: Marco Antonio Rodríguez Barajas.

SEGURO DE VIDA, PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE. El artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro consagra tres supuestos: a) La regla general de que la existencia del contrato de seguro, sus adiciones o reformas, así como el hecho del conocimiento de la aceptación de la oferta a que se refiere la fracción I del artículo 21 del mismo ordenamiento (precepto que para determinar el momento en que se perfecciona el mencionado contrato, acoge lo que doctrinalmente se conoce como sistema de la información o del conocimiento), se acreditan mediante la exhibición de la póliza correspondiente; b) A falta de la 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, el único medio de convicción para acreditar esta última circunstancia lo es la confesión del asegurado, y en su caso, la declaración o testimonial de sus beneficiarios. Ahora bien, si a la demanda de los actores se acompañó como documento base de la acción la póliza emitida por la aseguradora, en la que figuran como beneficiarios los propios actores, y como medio de convicción dentro de la dilación probatoria exhiben el recibo correspondiente al pago de la primera prima, se surte el primero de los supuestos requeridos para tener por comprobado el contrato, ya que en los términos del referido artículo 19, queda restringida procesalmente la libertad del juzgador para estimar probada la existencia del contrato a dichos documentos, pues con ellos se acredita plenamente la aceptación de la propuesta por parte de la aseguradora y el conocimiento de esa aceptación por el asegurado a que se refiere la fracción I del artículo 21 de la citada ley. Amparo directo 7028/82 "Seguros Monterrey Serfin", S.A. 9 de marzo de 1983. Unanimidad de cuatro votos. Ponente: Gloria León Orantes. Secretario: Marco Antonio Rivera Corella. Séptima Epoca, Instancia: Tercera Sala, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, Tomo: 169-174 Cuarta Parte, Página: 169.

Debe quedar claro que el perfeccionamiento del contrato no está supeditado al pago de la prima y así lo establece la siguiente tesis:

CONTRATO DE SEGURO. SU EXISTENCIA NO ESTÁ SUPEDITADA AL PAGO DE LA PRIMA. Del texto de los artículos 1o., 19, 20 y 21, fracciones I y II, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se infiere que no es indispensable que la prima sea pagada para que el contrato exista, sino solamente que se cumplan los requisitos establecidos en el tercero de los preceptos en cita que son los que permiten conocer cuál fue la verdadera voluntad de las partes; por lo que, desde que éstos quedan satisfechos, a partir de entonces el contrato obliga a las partes de acuerdo con lo señalado por el artículo 1796 del Código Civil, aplicado supletoriamente a la referida ley, en el sentido de que los contratos se perfeccionan por el mero consentimiento excepto aquellos que deben revestir una forma establecida por la ley. Pero debe puntualizarse que una cosa es la existencia del contrato y otra distinta su cumplimiento; de tal modo que, al generar derechos y obligaciones recíprocos, entonces, de acuerdo con el artículo 1949 del Código Civil que dispone que la facultad de resolver las obligaciones se entiende implícita en las recíprocas para el caso de que uno de los obligados no cumpliere lo que le incumbe, si el asegurado reclama de la aseguradora el pago del monto de la garantía, es necesario que demuestre primero haber cumplido con la obligación que era a su cargo, o sea, que pagó el importe estipulado por la prima, salvo en el caso de excepción previsto en los artículos 40 en relación con el 35, ambos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Amparo directo 333/95. Luis Fernando Cortés Méndez. 13 de junio de 1995. Unanimidad de votos. Ponente: Luz María Perdomo Juvera. Secretario: J. Jesús Pérez Grimaldi. Novena Época. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo: II, Agosto de 1995. Tesis: I.1o.C.2 C. Página: 489. Primer Tribunal Colegiado En Materia Civil Del Primer Circuito.

Sin embargo esa consensualidad del contrato presenta dos aspectos, uno administrativo ante el propio asegurador y otro jurisdiccional o procesal, en ambos casos para probar la existencia del contrato es necesaria:

- a).- La póliza o;
- b).- La confesional del asegurador.

Lo anterior lo establece el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que dice:

“Artículo.- 19 Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se hará constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.”

Esto lleva a la necesidad de distinguir claramente la prueba de la existencia del contrato, que se logra por la póliza o la confesional del asegurador antes dichas, de la existencia misma del contrato, la cual se da, desde que se perfecciona el contrato por el conocimiento del asegurado de la aceptación de la oferta, aún cuando la póliza no haya sido expedida, ni estemos ante el desahogo de una prueba confesional que sólo se da dentro del juicio, es decir que hay contrato de seguro desde el momento en que el asegurado tenga conocimiento de la aceptación de la oferta por parte del asegurador, ese conocimiento puede presentarse vía fax, telégrafo, a través del correo o de los agentes de seguros e incluso medios electrónicos como ya se apuntaron.

Se concluye que el contrato de seguro necesariamente debe celebrarse por escrito, aunque su perfeccionamiento sea desde el momento en que el proponente tenga conocimiento de la aceptación de la oferta, pues todas las condiciones, monto, riesgos beneficiarios, etc. deben quedar estipulados en la póliza para que llegado el momento, ésta sirva para probar la existencia del contrato en el juicio.

2.9.1 LA PÓLIZA

“El contrato de seguro es consensual pero suele documentarse con un documento que recibe el nombre de póliza. Esta palabra es de origen italiano y se deriva del latín *pollicitatio*, promesa, o tal vez de *polypticum*, escrito doblado.”¹⁰²

“Se ha definido a la póliza como el documento por el cual se formaliza el contrato de seguro y en el que se establecen las cláusulas que de forma general o particular o especial, regulan las

¹⁰² Cfr. Cervantes Ahumada, Raúl. Derecho Mercantil. Primer Curso. Ed. Porrúa. México, 2000. p. 576

relaciones contractuales convenidas entre la compañía aseguradora y el asegurado, integrándose por una carátula de la póliza, condiciones generales y endoso o endosos, en el que se establecen ciertas modificaciones o aclaraciones al contenido de la póliza contratada. Es el documento principal del contrato de seguro.”¹⁰³

Sin embargo la póliza no es necesaria para la validez del contrato, según lo establece la fracción II del artículo 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, pero si es por excelencia la prueba para demostrar la existencia de dicho contrato, por lo que sus adiciones y reformas deben constar por escrito. (Art. 19 LCS).

La póliza debe contener los siguientes requisitos (Art. 20 LCS):

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

En los seguros de vida la póliza debe contener además de lo anterior los siguientes requisitos: (Art. 153 LCS).

¹⁰³ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. El Contrato de Seguro Privado. Ed. Porrúa. México, 2000. pp. 114-115.

I.- El nombre completo y fecha de nacimiento de la persona o personas sobre quienes recaiga el seguro.

II.- El nombre completo del beneficiario si hay alguno determinado;

III.- El acontecimiento o el término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas; y

IV.- En su caso, los valores garantizados.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. (Art. 25 LCS). El texto de éste artículo deberá insertarse textualmente en la póliza. (Art. 26 LCS).

Al efecto es aplicable la siguiente tesis:

“SEGURO, PÓLIZAS DE. RECTIFICACIÓN.- Expedidas las pólizas de seguro, si no concuerdan en la realidad con la relación de las características de los bienes que es voluntad del particular asegurar, al contar con ellas o al recibirlas, puede pedir su rectificación, en el término de treinta días, contados a partir del día siguiente al de su recibo, como lo establece el artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Séptima Época. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación. Tomo 50 Sexta Parte. Pág. 59. Tercer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito Amparo en revisión 26/72. Severino Elechiguerra. 19 de agosto de 1973. Unanimidad de votos. Ponente: Ángel Suárez Torres.”

Las pólizas pueden ser nominativas, a la orden o al portador, (Art. 29 LCS), pero en los seguros de vida existe la prohibición de emitir pólizas al portador por lo que sólo opera para este seguro la póliza nominativa (Art. 154 LCS).

Estos tres tipos de póliza son explicados por el Autor Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores quien citando el texto Curso de Introducción al Seguro, señala que:

a).- “La póliza nominativa es la que se encuentra expedida a favor de una persona cuyo nombre se consigna en el texto mismo del documento.

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

c).- Póliza al portador.- En ésta, la persona garantizada es aquella que legítimamente la posee.”¹⁰⁴

En general las pólizas constan en formatos previamente establecidos que se ofrecen al público como contratos de adhesión, los cuales están regulados al igual que toda la documentación que la empresa ofrece al público por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que se encarga del control administrativo de la documentación contractual de la aseguradora, así se encuentra establecido en los artículos 36 y 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En la póliza generalmente se fija la hora y el día en que comienza la vigencia del contrato de seguro y este terminará al vencimiento del plazo sino es prorrogado.

La póliza está integrada por los siguientes elementos:

a).- Por una carátula que es el documento en el que consta el número de la póliza, el ramo del seguro, coberturas, sumas aseguradas, deducibles, datos del contratante o asegurado, vigencia, forma de pago y cuando se trata de seguros de vida la designación del beneficiario.

b).- Condiciones generales: Contiene los principios básicos que establece la empresa para regular los contratos de seguro en ese ramo, normas relativas a la extensión y objeto del seguro, los riesgos excluidos en ese contrato, la forma de pago o liquidación de siniestros y de indemnizaciones, así como la forma del cobro de la prima, etc.

¹⁰⁴ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. Ob. cit. p. 137.

c).- Condiciones Especiales: Esto a veces se hace en un documento que se adiciona a la póliza en donde se incluyen aspectos especiales sobre derechos u obligaciones para un riesgo en concreto, o en caso del seguro de vida alguna especificación para los beneficiarios.

d).- Endosos: Se refiere a las cláusulas adicionales que se agregan a la póliza como las que establecen que los riesgos cubiertos en determinadas circunstancias pueden quedar excluidos de la cobertura, o aquellas cláusulas que modifican el contrato las cuales son producto del acuerdo entre el asegurado o contratante y el asegurador, el artículo 24 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, hace referencia a estas cláusulas.

e).- Notas de cobertura que son documentos que expide la compañía aseguradora de manera provisional, hasta en tanto emite la póliza quedando sin efectos en el momento en que el asegurador entrega la póliza al contratante o asegurado.

2.9.1.1 REDUCCIÓN DE PÓLIZA.

El Lic. Oscar Vásquez del Mercado señala: "La reducción del seguro implica no la terminación del contrato, sino sólo la suspensión del pago de prima. En ese caso el contrato subsiste, pero se reduce de pleno derecho la obligación del asegurador hasta la suma que corresponda a la reserva individual del asegurado."¹⁰⁵

Así la ley establece que si después de cubrir tres anualidades consecutivas, se dejan de pagar las primas, el seguro quedará reducido de pleno derecho, de acuerdo con las normas técnicas establecidas para el caso, las cuales deberán figurar en la póliza. (Art. 181 LCS).

En este caso, de haber cubierto tres anualidades consecutivas, el asegurado tendrá derecho al reembolso inmediato de una parte de la reserva matemática. (art. 182 LCS).

¹⁰⁵ Vásquez del Mercado, Oscar. Ob. cit. pp. 333-334.

Asimismo las pólizas reducidas, conferirán los derechos al rescate de que trata el artículo anterior. (Art. 183 LCS).

A lo que se refieren estos artículos, es al hecho de que se dejaren de pagar las primas después de tres años consecutivos de pago y vigencia del contrato, en este caso el asegurado solo tiene derecho a una parte de la reserva matemática, porque el contrato se reduce de pleno derecho, circunstancia que no es muy clara, porque el contrato al ser reducido y entregada la suma de la reserva o del rescate al asegurado, deja de tener vigencia, y entonces esto se parece a la rescisión; pues la misma ley en su artículo 104 señala lo siguiente:

“Artículo 104.- El asegurado que celebre nuevos contratos, ignorando la existencia de seguros anteriores, tendrá el derecho de rescindir o reducir los nuevos, a condición de que lo haga dentro de los quince días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de los otros seguros. La rescisión o reducción no producirán efectos sino a partir de la expiración del período del seguro en el cual fueren solicitadas.”

Aquí la ley regula la rescisión como sinónimo de reducción, por lo que se puede entender que en el caso de que se reduzca el seguro, el contrato queda sin efectos.

2.9.2 NATURALEZA JURÍDICA DE LA PÓLIZA.

Siendo la póliza el instrumento del contrato y que éste tiene la característica de ser consensual, por lo que la póliza es un requisito *ad probationem*, no *ad solemnitatem*, es decir que sirve como prueba de la existencia del contrato, pero no como elemento de validez, no lo convierte en contrato solemne.

En cuanto a la naturaleza jurídica, existen opiniones que dicen que la póliza es un título de crédito, de hecho en la antigüedad se creía que era título de crédito que trae aparejada ejecución, y que ha traído como consecuencia la discusión de tratadistas como Donati que de manera general niega el carácter de título de crédito pero señala: “Si la póliza a la orden o al

portador está concebida por el legislador como mero documento de legitimación, cabe preguntarse si puede ser construida por las partes como un verdadero y propio título de crédito. Aunque la hipótesis es mas bien teórica, porque la función 'circulatoria' propia de la póliza título de crédito puede ser fácilmente resuelta con la cláusula 'por cuenta de quien corresponda', no creo se pueda negar a las partes esta facultad, que no resulta contraria a las normas específicas, ni al principio indemnizatorio y que está en armonía con el principio de libertad de emisión de títulos de crédito causales. La póliza título de crédito puede como es natural, producir la transmisión no de la completa relación bilateral, sino sólo del derecho, vencido o eventual, frente al asegurador.¹⁰⁶

Pero ésta opinión se ve contrarrestada con lo que señala Halperin que dice: "dada su naturaleza –reconocimiento de una obligación, cuya ejecutabilidad depende del cumplimiento de diversas cargas por el tomador o el asegurado– la póliza no puede circular como un título de crédito, porque no lo es de un derecho abstracto, sino de un derecho concreto, material; por lo que su titular soporta todas las defensas nacidas del contrato, excepto la falta de pago de la prima si su deuda no resulta de la póliza. Es decir que la póliza podrá ser, según los casos, un documento probatorio o un título de legitimación –si concurren otros elementos, según el momento en que se transfiera– pero no un título de crédito."¹⁰⁷

Ahora bien debe señalarse que el Código de Comercio en su artículo 1391 fracción V establece:

"Artículo 1391.- El procedimiento ejecutivo tiene lugar cuando la demanda se funda en documento que traiga aparejada ejecución.

Traen aparejada ejecución:

.....

V.- Las pólizas de seguros conforme a la ley de la materia.

....."

La ley de la materia a que se refiere éste artículo es la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la cual en su artículo 29 regula:

¹⁰⁶ Donati, Antigono. Ob. cit. pp. 266-267.

¹⁰⁷ Halperin, Isaac. Ob. cit. Volumen I. pp. 348-349.

“Artículo 29.- 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.”

Ahora bien, primeramente se debe conocer el concepto de título nominativo, a la orden y al portador, “Nominativo Es aquél título de crédito que ha sido expedido a favor de una persona cuyo nombre se consigna en el texto mismo del documento; Al Portador es el título de crédito que no está expedido a favor de persona determinada”¹⁰⁸, curiosamente existen muy pocos conceptos acerca del título a la orden siendo el que a mi parecer es el más apropiado el siguiente: “A la orden. Denota ser transferible por endoso, un valor comercial”¹⁰⁹.

Para establecer la diferencia entre nominativo, a la orden y al portador, se debe considerar lo que la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito en su artículo 23 señala, que son títulos nominativos los expedidos a favor de una persona cuyo nombre se consigna en el texto mismo del documento; de los títulos al portador los artículos 69 y 70 de la misma ley establecen que son títulos al portador los que no están expedidos a favor de persona determinada, contengan o no la cláusula “al portador” y se transmiten por simple tradición; pero la ley no señala lo que debe entenderse por título a la orden, pues se establece que los títulos de crédito según la forma de circulación pueden ser nominativos o al portador (Art 21 LGTOC), siendo así se encuentra en la doctrina que los títulos a la orden se extienden a favor de persona determinada quien puede transmitirlos a otra persona por medio del endoso, lo que se confunde con lo que la ley establece acerca de los nominativos que también admiten el endoso, pero entonces para diferenciarlos nos dice que los nominativos deben quedar registrados en los libros del emisor o deudor, aspecto que se establece en el artículo 24 de la citada ley que señala que cuando por expresarlo el título mismo, o prevenirlo la ley que lo rige, el título deba ser inscrito en un registro del emisor, pero la propia ley, no distingue un concepto de otro pues en el artículo 25 se establece que los títulos nominativos se entenderán siempre extendidos a la orden, por lo que no se hace diferencia entre nominativo y a la orden.

Sin embargo parece ser que lo que buscó el legislador fue señalar dos características que deben reunir los títulos de crédito, ser nominativos, es decir sólo ser pagaderos a quien aparece como

¹⁰⁸ Pina Vara, Rafael De. Diccionario de Derecho. Vigésimo Séptima edición. Ed. Porrúa. México, 1999. pp. 477, 481.

¹⁰⁹ Palomar de Miguel, Juan. Diccionario para Juristas. Tomo II. Ed. Porrúa. México, 2000. p. 1094.

acreedor en el título y ser a la orden es decir no quedar sujeto su pago a condición alguna como puede ser, a vía de ejemplo sentencia judicial o consentimiento de quienes se sientan con derecho a los beneficios del pago lo que no debe confundirse con el derecho a reclamar el pago, que éste asiste únicamente a aquél cuyo nombre aparece en el título y esto mismo es aplicable a la póliza de seguros, con excepción de que el pago queda sujeto a una condición, que es que ocurra el siniestro.

Transferida tal situación a la materia del contrato de seguro se tiene que la Ley Sobre el Contrato de Seguro si permite una diferencia entre una póliza nominativa y una a la orden, la primera deberá transmitirse mediante declaración de ambas partes siendo notificada a la aseguradora; mientras que la expedida a la orden se transmite mediante endoso que debe contener fecha, nombre y domicilio del endosatario y la firma del endosante.

En el aspecto de los seguros sobre la vida, los conceptos generales de la teoría de los títulos de crédito no resultan exactamente aplicables por las siguientes razones:

a).- Se asegura la vida de una persona.

b).- Se designa un beneficiario que no es la misma persona que el asegurado.

c).- Solo el beneficiario nominativamente designado puede presentar la póliza a la orden para que le sea pagada, pero puede darse el caso, a vía de ejemplo del filántropo que no designa nominativamente a su beneficiario sino que con la intención de que se beneficie de su seguro la última persona que lo vio con vida y que supone urgará entre sus bienes para ver que encuentra, disponga que su seguro de vida beneficie a esa persona indeterminada en el momento de la contratación del seguro, pero indudablemente tendrá nombre y apellidos al momento de cobrarlo, como ocurre con el portador de un billete de lotería premiado.

La hipótesis anterior absurda demuestra porque la teoría de los títulos de crédito no es exactamente aplicable a las pólizas de seguro de vida, pues es indudable que en el caso del ejemplo anterior tendrá que abrirse la sucesión intestada del asegurado que ha fallecido.

De lo anterior se debe concluir que las pólizas de seguro pueden ser expedidas por regla general nominativas, a la orden o al portador, pero por regla particular y sobre todo en materia de seguros sobre la vida deben ser solo nominativas y a la orden, estando prohibida la forma al portador, ello es lógico porque -como segundo ejemplo- es imposible que exista una póliza que ampare una suma asegurada calculada sobre la vida de una persona indeterminada, es decir una póliza que no contenga el nombre de quien la contrató, la situación se prestaría al engaño o al fraude pues aplicando las reglas del título de crédito, quien encontrara la póliza al portador sería la persona con derecho a cobrar la suma asegurada, y entonces se presenta otro problema, como verificar si el riesgo asegurado ocurrió, es decir la muerte del propio asegurado sino se sabe quien es, sería un absurdo del derecho.

En mi opinión aunque la regla general señale que las pólizas pueden ser expedidas al portador, con exclusión de los seguros sobre la vida, en la práctica una póliza de éste tipo sea de cualquier seguro, representa una gran inseguridad tanto para el asegurado como para el asegurador, porque quien la detente tiene el derecho a ser pagado y el asegurador tiene la obligación de pagar, ocasionando con ello una serie de problemas porque si dicha póliza se pierde, el que la encuentre tendrá derecho de cobrarla y la aseguradora no tiene la obligación ni el derecho de verificar si quien la posee es el verdadero dueño, pues estando al portador su obligación termina con el pago de dicha póliza, convirtiéndose en un perjuicio para el verdadero dueño, por lo que me parece ilógico que la ley admita la emisión de éste tipo de pólizas.

Así se tiene que para el caso de seguros sobre la vida o de personas el artículo 154 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece:

“Artículo 154.- La póliza del Contrato de Seguro de personas no podrá ser al portador. La nominativa se transmitirá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa aseguradora. La póliza a la orden se transmitirá por medio de endoso que contenga, invariablemente, la fecha, el nombre y el domicilio del endosatario y la firma del endosante. No se admitirá prueba alguna de otra especie en esta forma de transmisión.

En caso de designación irrevocable de beneficiario, éste puede ceder su derecho mediante declaración que, como lo previene el artículo 19, deberá constar por escrito y, además, ser notificada al asegurador.”

Dicha Ley Sobre el Contrato de Seguro no es clara en especificar si las pólizas del seguro son títulos de crédito o no, lo que establece como ya se apuntó es que pueden ser nominativas, al portador o a la orden, lo que podría dar la idea de que si son títulos de crédito, esto sin perjuicio de que el Código de Comercio en el artículo 1391 fracción V da a la póliza de seguro para efectos procesales la misma vía de tramitación que a la de títulos de crédito, lo que puede explicar la confusión que ha llevado a que haya quienes consideren a la póliza de seguro un título de crédito, que aunque se encuentre listada en dicho artículo 1391 fracción V, no es un título que traiga aparejada ejecución, criterio que ha sostenido la Suprema Corte de Justicia de la Nación, siendo que se trata de una especie sui géneris, artículo que debe ser revisado por los legisladores y actualizarlo conforme lo que se presenta en la práctica; más aún analizando todas éstas circunstancias a la luz de las características de los títulos de crédito se tiene lo siguiente:

Los títulos de crédito:

a).- Son documentos ejecutivos. (Art. 1391 Código de Comercio y 167 LGTOC). Las pólizas de seguros no lo son aunque se encuentren listadas en el propio artículo 1391 fracción V.

b).- Como consecuencia de lo anterior trae aparejada ejecución (Art. 1391- IV Co. Co.). La póliza de seguro no trae aparejada ejecución.

c).- Son cosas mercantiles. (Art. 1º Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito). Los contratos de seguro son actos de comercio de conformidad con el artículo 75 fracción XVI del Código de Comercio.

d).- Son los documentos necesarios para ejercitar el derecho literal que en ellos se consigna. (Art. 5 LGTOC). Característica de la de una forma general, también participa la póliza, pues para cobrar la suma asegurada se tiene que presentar dicha póliza por el beneficiario ahí denominado, pero el derecho ahí consignado está limitado a lo previamente pactado entre el asegurador y el contratante o asegurado, recordando que la póliza no es la única prueba de la existencia del vínculo contractual, y que para poder acceder al derecho que dimana de la póliza, se debe cumplir la condición a que está sujeto el contrato, que es que se presente el siniestro,

en el caso del contrato de que trata éste trabajo, sería que se presentara la muerte del asegurado.

e).- Un documento solo surtirá efectos de título de crédito cuando contengan las menciones y llenen los requisitos señalados por la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito. (Art. 14 LGTOC). Por ésta razón la póliza de seguro no es título de crédito, porque no llena los requisitos establecidos en la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito, con independencia de que procesalmente se le dé tratamiento de título ejecutivo, que no es tal, como ya se citó anteriormente.

f).- El tenedor tiene la obligación de exhibirlo para ejercitar el derecho literal que en él se consigna (Art. 17 LGTOC), Lo mismo sucede con la póliza de seguro sin embargo en caso de robo o extravío puede haber otros medios de prueba de su existencia para ejercitar el derecho correspondiente, además como ya quedó apuntado ese derecho tiene un límite y una condición, que es el monto específico de la suma asegurada y el cumplimiento del siniestro.

g).- Pueden ser según la forma de su circulación nominativos o al portador. (Art. 21 LGTOC). En las pólizas de seguro por su complejidad, la práctica ha establecido únicamente la figura nominativa.

h).- Los derechos consignados en el documento sólo puede ejercitarlos su propietario en caso de un título nominativo que deberá estar identificado en dicho título. (Art. 38. LGTOC). Igual que la póliza de seguro, que podrá cobrarla el asegurado o el beneficiario tratándose de seguro de vida.

i).- Los derechos consignados en el documento expedido al portador puede ejercitarlos cualquier persona que posea dicho título. (Art. 71 LGTOC). En la práctica no se expiden pólizas de seguro al portador.

De estos artículos se desprenden sus principales características, que pueden enumerarse de la siguiente manera:

- a).- Es un documento que trae aparejada ejecución por disposición de ley.
- b).- Incorporación que se refiere a que el documento es necesario para hacer valer el derecho en él consignado.
- c).- Autonomía se refiere a que se ejercita el derecho que en él se consigna sin necesitar de ningún otro documento.
- d).- Literalidad que se refiere al derecho consignado en el título o documento, o lo que se encuentra escrito en éste, que es lo que se va a reclamar.
- e).- Legitimación, se refiere a la persona que tiene el derecho de ejercitar la acción consignada en el título, es decir a la certeza y seguridad jurídicas necesarias para determinar que quien está ejercitando la acción es el propietario del título en caso del título nominativo, o el tenedor o poseedor en caso de título al portador, incluyendo en la regla el aspecto de los endosos, deberá ejercitar el derecho la persona a favor de quien se haya hecho el endoso.

En opinión del tratadista Arturo Díaz Bravo, quien hace un análisis de estos tres últimos elementos o características de los títulos de crédito comparado con las pólizas de seguros argumenta que éstas no son títulos de crédito por lo siguiente:

- "a).- Carece del atributo de la incorporación, pues, ciertamente no es el documento necesario para ejercitar el derecho al pago, en razón de que, como ya se vio, ni siquiera es indispensable para demostrar la existencia del vínculo contractual;
- b).- También carece de otra nota característica de los títulos de crédito, como es la autonomía; el cesionario o endosatario de una póliza adquiere los derechos y obligaciones de su causante, pues así lo dispone el artículo 30 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro;
- c).- Inútilmente se pretendería que la póliza consigna un derecho literal; la suma asegurada representa, por una parte, el máximo de responsabilidad del asegurador, pero en modo alguno la medida exacta de su obligación, que es aleatoria; por otra parte, en todo seguro de daños,

por hipótesis, es imprevisible la realización y monto del evento dañoso, cuya ocurrencia será la que haga nacer el derecho del asegurado.”¹¹⁰

En conclusión la naturaleza jurídica de la póliza de seguro no es un título de crédito, es un documento con características propias que presupone la existencia del contrato pero no es requisito para su validez, se puede considerar un documento declarativo, porque representa la declaración de la verdad del contratante o asegurado, éste declara el estado de las cosas a asegurar, o el estado de las personas, de ésta manera la póliza es un instrumento del contrato y tiene el carácter de ser probatorio.

A este respecto se han dictado las siguientes tesis de la Suprema Corte de Justicia de la Nación:

“SEGURO, PÓLIZAS DE, NO SON TÍTULOS EJECUTIVOS.- Las pólizas de seguro, cualquiera que sea el riesgo que amparen, no son títulos que traen aparejada ejecución, aun cuando están listadas como tales en el artículo 1391, fracción V, del Código de Comercio. Es así, porque la fracción V del citado numeral remite al artículo 441 del mismo Código de Comercio y este dispositivo legal, que estaba comprendido en el Título Séptimo de aquel cuerpo de leyes, fue derogado por el diverso artículo 196 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 3 de agosto de 1935. En consecuencia, sería ilógico aceptar la ejecutividad de un documento en los términos del artículo 441 del Código de Comercio, si este precepto ya no existe por haber sido derogado. Séptima Época. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Tomo: 103-108 Sexta Parte. Página: 211. Tribunal Colegiado del décimo Circuito. Amparo directo 272/75. Banco Nacional de México, S.A. 24 de agosto de 1977. Unanimidad de votos. Ponente: Raúl Díaz Aranda.”

“SEGURO, PÓLIZAS DE. SON DOCUMENTOS ENDOSABLES. Aun cuando las pólizas de seguro no son documentos que traen aparejada ejecución, pues aunque así lo determina el artículo 1391, fracción V del Código de Comercio, condiciona tal ejecutividad a las prevenciones del diverso artículo 441 del mismo Código de Comercio, que fue derogado por la Ley sobre el Contrato de Seguro, tales pólizas pueden ser endosadas. En efecto, el endoso constituye una fórmula que debe ponerse en el documento mismo, por medio del cual se traspasa su propiedad, y en los términos del artículo 27 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las pólizas respectivas pueden ser transmitidas legalmente por endoso, sin que la existencia de tal fórmula en el cuerpo del documento, desvirtúe su naturaleza jurídica. Séptima Época. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente: Semanario Judicial de la

¹¹⁰ Díaz Bravo, Arturo, Ob. cit. pp. 246, 247.

Federación. Tomo: 103-108 Sexta Parte. Pág. 211. Tribunal Colegiado del Décimo Circuito. Amparo directo 272/75. Banco Nacional de México, S.A. 24 de agosto de 1977. Unanimidad de votos. Ponente: Raúl Díaz Aranda.”

2.10 LA EDAD.

La edad es un requisito esencial para el contrato de seguro, debe tenerse en cuenta para poder apreciar la gravedad del riesgo, y determinar el monto de la prima que deberá pagar el contratante.

Bien se sabe que las empresas aseguradoras aunque –la ley no lo prevé– tienen ciertas normas que aplican a las personas en el momento de la contratación, por ejemplo algunas empresas no realizan el contrato con personas mayores de 70 años circunstancia que no se encuentra en la ley, sin embargo es aplicada por el asegurador como una forma de protegerse, es de entenderse que expedir una póliza para una persona de 90 años implica que dicha persona no cumpla con la totalidad de las primas y fallezca antes de esto, con lo que se suscitaría un problema con los beneficiarios que pretenderían cobrar la suma asegurada, además de que existe el factor trabajo, desgraciadamente en nuestro país poca gente de una edad tan avanzada trabaja, primero por la situación física que tiene esa persona y segundo por la situación laboral, pues es difícil pensar en una persona de dicha edad que cuenta con un trabajo estable que pueda cubrir el pago de las primas.

Se debe considerar que la edad está totalmente ligada con el riesgo y como consecuencia con el monto de la prima.

Por lo tanto, la edad es un elemento de suma importancia en el contrato de seguro de vida por lo que la ley establece lo siguiente:

“Artículo 161.- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

I.- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II.- Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

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

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

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

“Artículo 162.- Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado.”

2.11 LA SUBROGACIÓN.

Para entender de que forma se aplica la subrogación en materia de seguros, previamente y de manera breve se debe establecer su concepto y su regulación en la legislación civil, “La subrogación es una forma de transmisión de las obligaciones que se verifica por ministerio de ley, y sin necesidad de declaración alguna de los interesados cuando el que es acreedor paga a otro acreedor preferentemente; cuando el que paga tiene interés jurídico en el cumplimiento de la obligación.”¹¹¹

¹¹¹ Pina Vara, Rafael De. Ob. cit. p. 464.

“El término subrogación en cualquier caso, evoca la idea de una substitución, la cual puede ser de una cosa por otra o de una persona por otra.”¹¹²

Existen dos tipos de subrogación:

a).- Real

b).- Personal.

En la subrogación real se substituye una cosa por otra, por acuerdo de las partes o por mandato de ley; y en la subrogación personal se substituye una persona por otra en una relación jurídica, es decir cuando el acreedor es substituido por un tercero que tiene interés en pagar la deuda o en prestar dinero para que se le pague, en esta subrogación permanece idéntica la relación obligatoria, el tercero asume la obligación con todos sus derechos, garantías y accesorios, en otras palabras debe entenderse que el deudor principal queda liberado de su obligación de pago para con el acreedor principal, puesto que un tercero pagó su deuda o le prestó dinero para pagarla, pero ese tercero asume el derecho de que se le pague lo que prestó, esto es que el deudor principal ya no le debe al acreedor principal, sino que ahora le debe al tercero, quien tiene derecho a que se le pague de igual forma en que se había pactado con el acreedor principal.

Ahora bien por su causa o fuente, “la subrogación puede ser legal o convencional. La Legal es la más frecuente e importante. Está instituida en la ley y produce sus efectos por el mismo derecho –ipso iure- sin necesidad de que las partes lo declaren (en los casos en que el tercero solvens tiene interés jurídico en el cumplimiento de la obligación). La convencional, que es útil en los casos en los cuales el tercero no tiene interés jurídico en el pago y que proviene de un acuerdo de voluntades, resulta de un contrato que éste celebra: a).- Con el acreedor (subrogación ex parte creditoris), quien acepta ser subrogado por el tercero que le está pagando el crédito, al cual le deja voluntariamente su sitio de acreedor en la relación, y b).- Con

¹¹² Gutiérrez y González, Ernesto. Derecho de las Obligaciones. Décima Cuarta edición. Ed. Porrúa. México, 2002. p. 1039.

el deudor (subrogación ex parte debitoris), quien permite al tercero solvens sustituir al acreedor y aprovechar la situación de éste en la relación jurídica.¹¹³

De lo anterior se entiende que la subrogación legal es aquella que se encuentra establecida en la ley, regulada en los artículos 2058 y 2059 del Código Civil Federal que a continuación se transcriben:

“Artículo.- 2058.- La subrogación se verifica por ministerio de la ley y sin necesidad de declaración alguna de los interesados:

I.- Cuando el que es acreedor paga a otro acreedor preferente;

II.- Cuando el que paga tiene interés jurídico en el cumplimiento de la obligación;

III.- Cuando un heredero paga con sus bienes propios alguna deuda de la herencia; y

IV.- Cuando el que adquiere un inmueble paga a un acreedor que tiene sobre él un crédito hipotecario anterior a la adquisición.”

“Artículo 2059.- Cuando la deuda fuere pagada por el deudor con dinero que un tercero le prestare con ese objeto, el prestamista quedará subrogado por ministerio de la ley en los derechos del acreedor, si el préstamo constare en título auténtico en que se declare que el dinero fue prestado para el pago de la misma deuda. Por falta de esta circunstancia, el que prestó sólo tendrá los derechos que exprese su respectivo contrato.”

La subrogación convencional existe cuando hay acuerdo entre las partes, el acreedor y un tercero que realiza el pago, se desprende del artículo 2072 del Código Civil Federal que señala:

“Artículo 2072.- El acreedor está obligado a aceptar el pago hecho por un tercero; pero no está obligado a subrogarle en sus derechos, fuera de los casos previstos en los artículos 2058 y 2059.”

Sin embargo el tratadista Ernesto Gutiérrez y González menciona que no existe la subrogación convencional, que solo la legal, que del precepto antes transcrito sólo se entiende el caso claro de pago hecho por un tercero, pero que en ninguna manera configura la subrogación, por lo tanto solo considera que existe la subrogación legal.

La figura de la subrogación tiene los siguientes efectos:

¹¹³ Bejarano Sánchez, Manuel. Obligaciones Civiles. Quinta edición. Ed. Oxford. México, 2004. p. 341.

"1.- Transmite el crédito del acreedor original al tercero solvens.

2.- Lo transfiere con todas sus garantías, vicios y limitaciones porque se trata de la misma relación jurídica.

3.- Desliga y desinteresa al acreedor primitivo, aun contra su voluntad, al ser solventado su crédito."¹¹⁴

Entendida la figura de la subrogación en su aspecto civil, a continuación trataré de explicar su aplicación en la materia de seguros:

"Puede ser considerada en general, como la facultad que tiene una persona para sustituir a otra utilizando los derechos y recursos de ésta contra un tercero.

La subrogación es consecuencia del principio de indemnización y el derecho de subrogación, por tanto, sólo se aplica a las pólizas que constituyen contratos de indemnización"¹¹⁵

Otro concepto encontrado en la doctrina es el siguiente: "Es el acto por el cual la compañía aseguradora, sustituye al asegurado en el ejercicio de todos sus derechos y obligaciones, que pudiera tener éste en contra de terceros causantes del siniestro. Lo anterior es con el fin de recuperar de ellos la cantidad pagada a nombre del asegurado.

La subrogación es la transferencia de los derechos de un asegurado a un asegurador para poder proceder contra un tercero que negligentemente ha sido el causante de producirse una pérdida asegurada"¹¹⁶

De lo anterior se desprende que la subrogación es la facultad que tiene el asegurador para sustituir al asegurado, utilizando los derechos de éste en contra de un tercero que haya provocado el siniestro, con el objeto de recuperar la cantidad pagada a nombre del asegurado, en este caso se trata de una subrogación legal, porque se encuentra contemplada en la Ley Sobre el Contrato de Seguro en el siguiente artículo:

¹¹⁴ Bejarano Sánchez, Manuel. Ob. cit. p. 343.

¹¹⁵ Mapfre Estudios, S.A, Serie: Temas de Seguros, Elementos del Seguro. Traducción: Francisco Javier Manzano Martos. Ed. Mapfre. Madrid, 1973. p. 195.

¹¹⁶ Martínez Gil, José de Jesús, Ob. cit. p. 275.

“Artículo 111.- La empresa aseguradora que pague la indemnización se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al asegurado.

La empresa podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del asegurado.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el asegurado y la empresa aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el asegurado tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.”

Esta figura permite, que una persona que hubiese sufrido un daño, y que se le hubiera indemnizado por parte de la aseguradora, transfiera a ésta su derecho a reclamar del tercero responsable que ocasionó el siniestro, el pago de los daños sufridos por el asegurado e indemnizados por la empresa; siendo así que corresponde a la aseguradora en virtud de ese derecho subrogado, reclamar el monto correspondiente y lograr recuperar lo que gastó en la indemnización, ya sea en parte o todo el monto; lo anterior tiene un objeto, que el asegurado no intente demandar al tercero responsable el pago de los daños sufridos y logre cobrar dos veces, es decir el pago de la indemnización hecho por la empresa y el pago que le haga el tercero responsable, porque tal situación violaría el principio indemnizatorio que establece que el asegurado no puede cobrar más que el valor de su pérdida; por ello es que la empresa aseguradora en uso de la subrogación o sustitución del asegurado intenta recuperar una parte o todas las cantidades erogadas, demandando al tercero responsable que ocasionó el siniestro.

Con la limitante de que la empresa sólo puede reclamar al tercero responsable hasta el monto equivalente de lo que ella misma pagó por concepto de indemnización, no podrá exigir una mayor cantidad.

De acuerdo a lo anterior y por prohibición expresa en la ley la subrogación solo existe en los contratos de indemnización, es decir en los de daños y no se aplica al seguro de vida, pues en este no existe la indemnización o reparación de un daño sufrido por la cosa asegurada, porque aquí la “cosa asegurada” sería la propia vida de la persona, y así se regula en el siguiente artículo:

“Artículo 152.- El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.”

Este artículo fue reformado y adicionado el día 2 de Enero de 2002, pues antes de dicha reforma el artículo señalaba la prohibición de aplicar el derecho a la subrogación en general para los seguros sobre las personas, sin mencionar la excepción de seguros que cubran gastos médicos y salud, incluso el último párrafo de dicho artículo no existía en el anterior texto, sin embargo de este artículo se desprende que se pueden demandar daños y perjuicios al tercero que actúe de forma dolosa o culposa en contra del asegurado y que le haya provocado la muerte, recordando que ante el homicidio del asegurado se persigue la responsabilidad de quien lo hizo en materia penal y surgiría la duda de a quien se le otorgaría la indemnización y pago de funeral por el homicidio cometido si se logra encuadrar la conducta y se tiene al responsable de la acción, esto si se logra le corresponde a los familiares del difunto ya sea la viuda, hijos o los padres.

2.12 CLÁUSULA DE INDISPUTABILIDAD.

No existe en la doctrina una definición exacta de lo que es la cláusula de indisputabilidad, el tratadista Joaquín Rodríguez Rodríguez señala: “la indisputabilidad equivale a renuncia por parte del asegurado (sic) a todos los derechos que pudiera tener para obtener la nulidad del contrato”¹¹⁷

¹¹⁷ Rodríguez Rodríguez, Joaquín. Curso de Derecho Mercantil. Vigésimo quinta edición. Ed. Porrúa. México, 2001. p. 732.

Esta circunstancia de renuncia del asegurador al derecho de rescindir el contrato de seguro por una omisión o inexacta declaración se encuentra prevista en el artículo 50 fracción IV que señala lo siguiente:

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

I.- . . .

II.- . . .

III.- . . .

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

V.- . . .”

Nótese que la ley regula la rescisión y no la nulidad como lo hace el tratadista Joaquín Rodríguez Rodríguez, pues tanto la nulidad como la rescisión son aplicables en determinados casos específicos y así lo señala el artículo 47 de la propia ley que regula que en caso de omisión o inexacta declaración de los hechos, el contrato se rescindirá de pleno derecho, como este artículo da el derecho al asegurador de rescindir el contrato, se inserta en los mismos la cláusula de indisputabilidad, que no es otra cosa que la renuncia del asegurador a argumentar en el contrato omisiones o inexactas declaraciones, pero dicha cláusula se aplica a partir del segundo o tercer año de vigencia del contrato, durante el tiempo que transcurre desde la vigencia y hasta los dos o tres años el contrato es disputable es decir, que si el asegurador se da cuenta de la omisión o inexacta declaración podrá demandar la rescisión del contrato.

Debe aclararse que aunque la ley de la materia en su artículo 47 regule la rescisión de pleno derecho del contrato, ésta no existe como tal, la empresa tiene obligación de demandar dicha rescisión ante el Tribunal correspondiente, porque de lo contrario si la empresa se tomara el derecho de rescindir el contrato unilateralmente se violarían las garantías individuales de audiencia, principio de legalidad y seguridad jurídica del asegurado o contratante, establecidas en los artículos 14, 16 y 17 constitucionales, pues toda persona tiene derecho a ser oída y vencida en juicio, ante tribunales previamente establecidos, con la prohibición de hacerse justicia por sí mismo.

La acepción “de pleno derecho” denota que se hace de forma unilateral, es decir sin tomar en cuenta, ni permitir defenderse a la otra parte del acto jurídico, lo que implica considerar que si la empresa se percató que se cometió una omisión o inexacta declaración de los hechos que

debe manifestar el asegurado, en uso del artículo 47 antes citado procede a dar por terminado anticipadamente el contrato de forma unilateral, esto es sin consultar al asegurado, lo que se traduce en la violación de garantías, pues si existen las omisiones o inexactas declaraciones, la empresa tiene obligación de demandar la rescisión del contrato en la vía judicial, y acreditar sus pretensiones, con ello se da oportunidad al asegurado de defenderse y demostrar lo contrario.

Con lo anterior, debe quedar claro que para la procedencia de la rescisión o la nulidad de un contrato, debe acudirse ante el Tribunal Competente para ser demandada por la persona que la pretende, no existe ni la rescisión, ni la nulidad de pleno derecho y así lo ha sostenido la Suprema Corte de Justicia en la siguiente tesis jurisprudencial:

"NULIDAD. NO EXISTE DE PLENO DERECHO. Si no hay disposiciones expresas en las leyes y para los casos que ellas comprendan, nuestra legislación no autoriza que se reconozca la existencia de nulidades de pleno derecho, sino que las nulidades deben ser declaradas por la autoridad judicial, en todos los casos, y previo el procedimiento formal correspondiente. SEGUNDO TRIBUNAL COLEGIADO DEL SEXTO CIRCUITO. Amparo en revisión 532/91. Javier Ramírez Maldonado y otro. 26 de noviembre de 1991. Unanimidad de votos. Ponente: José Galván Rojas. Secretario: Armando Cortés Galván. Amparo en revisión 63/92. Ambrosio Saloma García. 11 de febrero de 1992. Unanimidad de votos. Ponente: José Galván Rojas. Secretario: Armando Cortés Galván. Amparo directo 72/92. Salvador Macías Acevedo. 11 de marzo de 1992. Unanimidad de votos. Ponente: Gustavo Calvillo Rangel. Secretario: Humberto Schettino Reyna. Amparo directo 208/92. Gregoria Morales Aguilar. 29 de mayo de 1992. Unanimidad de votos. Ponente: Gustavo Calvillo Rangel. Secretario: Humberto Schettino Reyna. Amparo en revisión 262/92. Santiago Morales Osorno. 10 de septiembre de 1992. Unanimidad de votos. Ponente: José Galván Rojas. Secretario: Armando Cortés Galván. Jurisprudencia. Materia(s): Civil. Octava Época. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Tomo: 59, Noviembre de 1992. Tesis: VI.2o. J/222. Página: 67."

"COMPRAVENTA. FALTA DE PAGO DE LA TOTALIDAD DEL PRECIO NO ACARREA LA NULIDAD DE PLENO DERECHO DEL CONTRATO. NI LA RESCISIÓN DE PLENO DERECHO. El hecho de que el comprador no haya pagado la totalidad del precio pactado sobre el bien en conflicto, ello en sí mismo no hace que el contrato sea nulo de pleno derecho y tampoco produce la rescisión de pleno derecho del contrato de compraventa que celebraron las partes, sino que la rescisión debe ser reclamada ante la autoridad judicial correspondiente para que una vez decretada se pueda intentar la acción que proceda en contra del comprador. OCTAVO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO. Amparo directo 1071/97. María

Rechide Cabas viuda de Merchak y la sucesión de Pedro Merchak Rezek. 9 de enero de 1998. Unanimidad de votos. Ponente: María del Carmen Sánchez Hidalgo. Secretario: Francisco Javier Rebolledo Peña. Véase: Semanario Judicial de la Federación, Séptima Época, Volúmenes 133-138, Sexta Parte, página 31, tesis de rubro: "COMPRAVENTA A PLAZOS. LA RESCISIÓN DEL CONTRATO NO PUEDE QUEDAR AL ARBITRIO DE UNA DE LAS PARTES.". Tesis aislada. Materia(s): Civil. Novena Época. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo: VIII, Diciembre de 1998. Tesis: I.8o.C.181 C. Página: 1030."

Los tratadistas sobre todo mexicanos, coinciden en señalar que dicha cláusula presenta un gran problema que es la redacción, porque no se refiere sólo a la rescisión sino que mezclan el aspecto de la nulidad e incluyen lo relacionado con el aspecto del suicidio que es otra circunstancia y que también se encuentra prevista en la ley.

Un ejemplo de la cláusula de indisputabilidad que algunas aseguradoras insertan en su póliza y que es autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, es la siguiente:

"La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere esta cláusula, facultará a la institución para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los artículos 8º, 9º, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Sin embargo, a partir del momento en que se cumplan dos años, contados desde la fecha inicial de vigencia de ésta póliza, o en su caso, desde la fecha en que hubiera sido rehabilitada y siempre que tales plazos transcurran durante la vida del asegurado, este contrato no podrá ser rescindido por causa de las omisiones o inexactas declaraciones.

Cuando posteriormente a la fecha de vigencia o rehabilitación, el asegurado presentara cualquier tipo de prueba de asegurabilidad que requiera la institución para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, así como para aumentar la suma asegurada, tales incrementos de riesgo serán disputables durante los dos primeros años de su inclusión. Después de transcurrido ese periodo, será indisputable en la misma forma que todo el resto de la póliza."¹¹⁸

Es importante aclarar que la INDISPUTABILIDAD opera sólo ante omisiones o inexactas declaraciones a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuando el asegurado actúa de buena fe, por ejemplo cuando sin la intención de engañar a la

¹¹⁸ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. La Institución del Seguro en México. Ed. Porrúa. México, 2000. p. 389.

empresa aseguradora declara y llena las solicitudes o cuestionarios médicos, cometiendo algún error u ocultando algún dato que propicia la omisión o inexactitud, pero cuando esa omisión, falsedad o inexactitud se realiza a través del dolo o mala fe, se aplica como sanción ya sea la nulidad o la rescisión del contrato según lo establecido en la propia ley.

2.13 DOBLE INDEMNIZACIÓN.

Es otra cláusula que se presenta en el seguro de vida y se refiere a pagar una cantidad igual a la suma asegurada establecida en el contrato, es decir a pagar una doble indemnización para el caso de que el asegurado muera por causa de un accidente, que muera en forma fortuita, obviamente este beneficio de la doble indemnización se pacta en el contrato, queda establecido en la póliza e igualmente se pacta en pago de una prima adicional.

La aseguradora redactará la cláusula y especificará las circunstancias en que se pagará la doble indemnización, siendo de gran importancia que la muerte del asegurado sea ocasionada por caso fortuito.

2.14 VALORES GARANTIZADOS.

“Constituyen la expresión cualitativa de los derechos que el tomador del seguro tiene sobre la provisión matemática generada por un contrato”¹¹⁹

En otras palabras se debe entender por valores garantizados que la inversión originada por las reservas y los intereses crea un fondo monetario el cual el asegurado puede utilizar en su provecho.

¹¹⁹ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. Ob. cit. p. 391.

Esto sucede a partir del tercer año de vigencia del contrato de seguro, tercer año que se debe encontrar pagado y transcurrido, a partir de aquí las reservas que se van constituyendo crean valores de garantía para ser utilizados por el asegurado; sólo se puede hacer uso de éste derecho a partir del tercer año pagado y transcurrido del contrato de seguro; pues durante los dos primeros años del contrato, el asegurado no tiene ningún derecho a devolución alguna de sus reservas, ya que lo que se está garantizando es su protección y no se constituye ningún fondo.

La forma en que el asegurado puede hacer uso de dicho fondo es de la siguiente manera: se constituyen dos seguros, uno llamado saldado y otro seguro prorrogado.

El seguro saldado se refiere a utilizar el monto de la reserva para pagar las primas, y así mantener la vigencia del contrato por una suma asegurada menor a la inicial que se contrató, porque al hacer uso de este derecho la suma asegurada se modifica y se estará a lo que se especifica en la tabla de valores garantizados, según lo que corresponda al número de primas anuales pagadas. Este derecho debe ser solicitado por escrito y presentar la póliza para que se haga la anotación respectiva.

El seguro prorrogado se refiere a utilizar el monto de la reserva como pago único de primas que se han dejado de pagar, pero conservando la misma cantidad de la suma asegurada original sólo que por un determinado tiempo, el cual es indicado por la tabla de valores garantizados según corresponda al número de primas anuales pagadas.

Éste derecho también deberá solicitarse por escrito, hacer la anotación correspondiente en la póliza y no tener ningún adeudo sobre el contrato por parte del asegurado o contratante del seguro.

Si el asegurado muere durante la vigencia del seguro prorrogado, el beneficiario tendrá derecho al pago de la suma asegurada sin que se le haga deducción alguna por concepto de primas, pero si no muere en el plazo del seguro prorrogado los efectos del contrato concluyen automáticamente quedando sin valor, a menos que la tabla de valores garantizados indique que la compañía deba pagar alguna cantidad al finalizar el periodo.

En ambos seguros el asegurado tiene derecho a percibir el 85% de la reserva del contrato, como rescate del seguro, ya sea prorrogado o saldado, mediante la cancelación de la póliza.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro hace mención a la reserva matemática y a los valores garantizados en los siguientes artículos:

“Artículo 182.- El asegurado que haya cubierto tres anualidades consecutivas, tendrá derecho al reembolso inmediato de una parte de la reserva matemática, de acuerdo también con las normas técnicas establecidas para el caso, las cuales deberán figurar en la póliza.”

“Artículo 184.- El seguro temporal cuya duración sea inferior a diez años, no obligará a la empresa a conceder valores garantizados, para el caso de muerte.”

2.15 ATENTADO O SUICIDIO.

Primeramente estableceré que se entiende por Atentado: “de atentar. Agresión contra la vida o contra la integridad física o moral de alguien.”¹²⁰, en el caso del seguro de vida será dar muerte al asegurado para cobrar la suma asegurada.

Se debe tener presente que el atentado, si es ocasionado por el beneficiario éste perderá todos sus derechos a cobrar la suma asegurada; pero si el atentado es cometido por quien contrató el seguro y en contra del asegurado –esto se presenta en el seguro por cuenta de un tercero, es decir en el que el asegurado es una persona distinta de quien contrata el seguro a favor del primero– el seguro será ineficaz, sin embargo los herederos del asegurado tendrán derecho a la reserva matemática, esto se encuentra establecido en el artículo 185 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“Artículo 185.- El beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra la persona del asegurado. Si la muerte de la persona asegurada es causada injustamente por quien celebró el contrato, el seguro

¹²⁰ Palomar de Miguel, Juan. Diccionario para Juristas. Tomo I. Ed. Porrúa. México, 2000. p. 154.

será ineficaz, pero los herederos del asegurado tendrán derecho a la reserva matemática.”

En el caso del suicidio se debe manejar por éste “quitarse violenta y voluntariamente la vida”¹²¹

Entonces si el asegurado de manera voluntaria se quita la vida, y han transcurrido dos años de vigencia del contrato, la empresa se encuentra obligada a pagar la suma asegurada; esto independientemente del estado mental del suicida o del móvil que produjo el suicidio.

Pero si el suicidio del asegurado se presenta antes de que el contrato hubiera cumplido dos años de vigencia, la empresa no se encuentra obligada al pago de la suma asegurada y sólo reembolsará la reserva matemática, lo anterior se encuentra establecido en el artículo 186 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Es de entenderse que el suicidio no es un riesgo que deba asumir la aseguradora, si así fuera implicaría una conducta dolosa y maquinada del asegurado para lograr un enriquecimiento ilícito del beneficiario.

La ley regula que si después de dos años de la vigencia del contrato se presenta el suicidio, la empresa aseguradora está obligada al pago de la suma asegurada; la circunstancia de que deban pasar dos años implica hacer creer al asegurador que una persona que contrata un seguro no esperaría dos años para suicidarse, si es que ya tiene pensado hacerlo, sería ilógico pensar que exista una persona que realice todo un proyecto doloso con la finalidad de que su beneficiario reciba cierta cantidad de dinero al verificarse el suicidio, ahora bien en la actualidad debemos pensar que es ilógico, pero no imposible que alguien maquine tal situación, sobre todo porque a la ley no le interesa el estado mental del suicida, ni el móvil del suicidio.

¹²¹ Ob. cit. Tomo II. p. 1489.

2.16 LA BUENA FE EN LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

“La buena fe es el principio fundamental y característico de todos los contratos. En el contrato de seguro es un requisito *sine quan non*, pues se trata del contrato típico por excelencia de buena fe, ya que responsabiliza al asegurado a describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, a fin de que la compañía aseguradora tenga la más amplia y completa información que le permita decidir sobre su aceptación o denegación. Pero también debe existir buena fe de parte de la compañía aseguradora, al facilitar al asegurado la suficiente información, orientación y asesoramiento, no sólo en el tipo de contrato, sino en todos los trámites, en la información que le soliciten, etc. la buena fe es en principio carácter ético y moral, por lo que las partes deben proceder con lealtad, honradez y con la convicción de que al celebrar determinado acto no se lesione ni engañe a nadie.”¹²²

El tratadista Joaquín Garrigues dice: “seguro es *uberrimae fidei contractus*. Esta nota peculiar se manifiesta no sólo en la ejecución del contrato sino en el momento anterior al contrato. La entidad aseguradora debe escrupulosamente cumplir con el principio de la buena fe, pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante del seguro (tomador) en el momento en que éste todavía no lo es. Se trata de un deber precontractual a cargo del tomador del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos, cuyas circunstancias el asegurador va a asumir: Este deber se inspira en el principio de la buena fe.”¹²³

La buena fe es un requisito esencial de todo contrato, pero en el contrato de seguro reviste una mayor importancia, ya que debe prevalecer tanto en el contratante, como en la compañía aseguradora, pero no solo en el momento en que se lleva a cabo la oferta del contrato, sino que debe existir antes, durante y después, es decir, antes es en el momento de la propuesta del contrato, durante por el tiempo de vigencia del mismo y después es en el momento en que se presenta el siniestro y esta buena fe debe ser del conocimiento de la aseguradora.

¹²² Martínez Gil, José de Jesús. *Manual Teórico y Práctico de Seguros*. Quinta edición. Ed. Porrúa. México, 1998. p. 69.

¹²³ Garrigues, Joaquín. *Curso de Derecho Mercantil*. Novena edición. Segunda reimpresión. Ed. Porrúa. México, 1998. p. 257.

Esa buena fe que se exige al asegurado, consiste en que debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que va a ser asegurado, como lo exigen los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“Artículo 8º.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.”

“Artículo 9º.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.”

“Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.”

En el caso del seguro que nos ocupa, el asegurado o tomador del seguro debe declarar bajo el principio de buena fe todo lo concerniente a sus hábitos, actividades, enfermedades y sus generales enfatizando en la edad del asegurado sin dolo, ni mala fe, es decir sin ocultar ningún aspecto con propósito de engañar a la aseguradora pues ello tiene como consecuencia la rescisión del contrato, como más adelante se analizará.

La aseguradora debe mantener también buena fe desde el momento de que es ésta, la que presenta una invitación al asegurado para que celebre el contrato, es decir que los formatos impresos que presenta la aseguradora al futuro contratante y que la doctrina maneja como invitación, deben ser hechos basados en el principio de buena fe, es decir sin tratar de engañar al contratante con conceptos técnicos o poco entendibles por cualquier persona, y debe prestar asesoría para explicar al contratante todas las preguntas del formato que posteriormente darán forma a las cláusulas del contrato y durante la vigencia de éste debe prevalecer la buena fe de la aseguradora, para informar al asegurado o contratante si existe alguna circunstancia que modifique el contrato.

En múltiples ocasiones las empresas practican examen médico al asegurado o futuro asegurado para tener una mayor certeza del estado de salud en que éste se encuentra, sin embargo durante el examen practicado el asegurado debe conducirse de buena fe, pues debe declarar

todas aquellas enfermedades o síntomas que haya padecido para que la aseguradora cuente con un panorama más amplio para considerar el riesgo que va a asumir.

En conclusión, durante la vigencia del contrato debe existir la buena fe de las partes y cualquier circunstancia que altere las condiciones bajo las cuales se contrató, deberá hacerse del conocimiento del asegurador, pues dicha buena fe es más obligación del asegurado que del asegurador, pues éste basa su obligación de entregar una suma asegurada al beneficiario en lo declarado por el asegurado, es decir en la apreciación de lo que éste manifiesta.

Al efecto son aplicables los siguientes criterios establecidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

SEGURO, CONTRATO DE. DEBE EXISTIR BUENA FE EN LAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO. Es incuestionable que un contrato de seguro, cuya formación e integración requiere para su validez de la buena fe de las partes, principalmente del asegurado, cuyas declaraciones son la base de la contratación, pero también la del asegurador, al formular los cuestionarios respectivos, está afectado de nulidad por omisión, falsas o inexactas declaraciones del asegurado, toda vez que tales circunstancias vician el consentimiento de la parte aseguradora, en los términos de lo dispuesto por los artículos 1794, 1812, 1813 y 2230 del Código Civil Federal. Sin embargo, la Ley sobre el Contrato de Seguro, en su artículo 47 dispone que, cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos que el solicitante está obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, conforme al cuestionario relativo, facultará a la empresa para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Inmediatamente surge la siguiente cuestión: la rescisión supone la existencia de un contrato válido que ha sido afectado durante su existencia por un vicio que no lo invalidaba en el momento de su consumación. Luego, si sólo puede rescindirse el contrato válido, ¿por qué dispone la ley que el contrato de seguro, afectado de nulidad por vicios del consentimiento en su celebración, puede ser rescindido en vez de decir que debe ser anulado? La razón es obvia: por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato (artículo 1o. de la Ley sobre el Contrato de Seguro). De esta definición legal se desprende que el contrato de seguro es condicional, porque la obligación de la empresa aseguradora depende de la realización del siniestro previsto; y éste es un acontecimiento futuro e incierto. El objeto del contrato, elemento común en todos los seguros, es el riesgo, o sea la probabilidad de la realización del siniestro que amenaza la vida, la salud, la integridad física o el patrimonio del asegurado; riesgo de cuyas consecuencias trata de prevenirse o salvaguardarse el que se asegura y

asume sobre sí la empresa aseguradora, mediante el pago de la prima, que es la contraprestación debida por el asegurado. Pero el contrato de seguro es, al mismo tiempo, aleatorio, porque al incorporar a sus condiciones un hecho incierto o contingente, que entraña azar, no es posible evaluar las ganancias o las pérdidas que los contratantes pueden obtener, sino hasta que el acontecimiento previsto se realiza; de manera que es el factor contingencia el que decide cuál de los contratantes tendrá un daño o una ventaja; y muchas veces los beneficios y las primas no constituyen siquiera una apariencia de proporcionalidad o de igualdad. Pues bien, por estas razones y porque la ley quiere que ambos contratantes se coloquen en un plano de igualdad en el momento de celebrar el contrato, exige al asegurado buena fe al declarar a la empresa aseguradora los hechos sobre los que ésta le pregunte, porque por estas declaraciones podrá la empresa conocer y evaluar las circunstancias influyentes del riesgo que va a asumir, y que de ordinario no puede verificar por sí misma; de modo que si éste con informaciones inexactas o incompletas le hace asumir un riesgo diferente del verdadero, y tal que, conociendo la verdad no lo hubiera asumido o no lo hubiera hecho en las mismas condiciones, hace que la obligación de la aseguradora sea ineficaz desde su origen, ya que la falsa o incompleta declaración sobre los hechos importantes para apreciar el riesgo, no sólo vicia el consentimiento de la aseguradora, afectando de nulidad al contrato, sino que, además, trasciende al objeto del mismo, haciendo al contrato ineficaz y, por consiguiente, rescindible. Amparo directo 4912/72. La Nacional, Compañía de Seguros, S.A. 6 de noviembre de 1974. Unanimidad de cuatro votos. Ponente: Ernesto Solís López. Tesis aislada, Materia(s): Civil, Séptima Época, Instancia: Tercera Sala, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, Tomo: 71 Cuarta Parte. Página: 39.

SEGUROS, DECLARACIONES DEL ASEGURADO ANTE LAS COMPAÑÍAS DE. Como el riesgo constituye el elemento esencial, en razón del cual la aseguradora se obliga, es claro que una exacta apreciación del mismo, es su interés primordial. De ahí que el asegurado tenga a su vez obligación de declarar, con rigurosa exactitud y veracidad sobre lo que se le pregunte, y la inobservancia de tal obligación está severamente sancionada, al grado tal, que el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, previene que cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos comprendidos, en el cuestionario, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido, de pleno derecho, el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Una justa interpretación de este precepto, impone entender que tiende a proteger tanto al asegurador como a los asegurados; al primero, para ponerlo a salvo de la dificultad de conocer numerosos datos singularmente importantes para definir su situación del riesgo y sus condiciones, y a los segundos, para evitarles fáciles desconocimientos de los compromisos contraídos, de manera que así, respecto a estos últimos, la sanción que opere cuando el juzgador encuentre una negligencia inexcusable o una ignorancia de mala fe, en las omisiones y declaraciones inexactas, atenta la condición de la persona de que se trate y seguramente así lo entiende la misma ley, puesto

que en su artículo 50 establece que, a pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos la empresa aseguradora, no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos: I. Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración. II. Si la empresa conocía o debía conocer el hecho de que no le ha sido declarado. III. Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado. IV. Si la empresa reconoció el derecho de rescisión del contrato por esa causa y V. Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y, sin embargo, la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras declaraciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado, y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos. Amparo directo 5121/58. La Interamericana, S. A. 16 de octubre de 1959. Unanimidad de cuatro votos. Ponente: Mariano Ramírez Vázquez. Tesis aislada. Materia(s): Civil, Sexta Época, Instancia: Tercera Sala, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, Tomo: Cuarta Parte, XXVIII, Página: 277.

También debe existir la buena fe por parte del asegurado, porque debe abstenerse de variar el estado de las cosas sin tener para ello causa justa, solo podrá variarlas cuando sea por razones de interés público o para evitar o disminuir el daño (Art. 114 LCS), en el caso del seguro de vida la buena fe, que debe mantener el asegurado durante la vigencia del contrato se referirá a no exponerse sin razón alguna a situaciones que pongan en peligro su vida, por ejemplo que una persona no dedicada a alguna actividad física, de pronto tenga la idea de conducir un aeroplano, o arrojarse de un avión en paracaídas, sin que la aseguradora sea notificada de esta nueva actividad practicada por el asegurado y que se equipara a una agravación del riesgo, esto conlleva mala fe porque el asegurado puede perder la vida por un riesgo no declarado y así los beneficiarios cobrar la suma asegurada, sin que el asegurador hubiera podido apreciar el riesgo que actualizó o hizo nacer el derecho al pago.

Se debe tomar en cuenta que la buena fe se presume, por lo que no existe obligación de probarla. La inobservancia de la buena fe en la vigencia del contrato tiene como consecuencia la rescisión o la resolución del contrato.

2.17 OMISIÓN E INEXACTAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO.

Diversos tratadistas se refieren a este tema como reticencia del asegurado, entendiendo como reticencia la ocultación dolosa o de mala fe que realiza el asegurado al momento de exponer las características y circunstancias del riesgo que se va a asegurar.

Un concepto de reticencia es: "Efecto de no decir sino en parte, o de dar a entender claramente, y ordinariamente (sic) con malicia, que se calla o se oculta algo que debiera o pudiera decirse."¹²⁴

Un segundo concepto que a mi parecer es más completo: "La reticencia es el silencio que voluntariamente guarda uno de los contratantes al exteriorizar su voluntad, respecto de alguno o algunos hechos ignorados por su co-contratante, y que tienen relación con el acto jurídico que se celebra."¹²⁵

En ambos casos se refiere al silencio o la ocultación dolosa en un acto jurídico, por parte de uno de los contratantes para con el otro que debe conocer esos sucesos o circunstancias que se ocultan.

La reticencia que muchos autores tratan como sinónimo de omisión e inexactitud en las declaraciones del asegurado tiene como consecuencia la rescisión del contrato de seguro, y con ello la pérdida del derecho a la suma asegurada.

Concretamente la falsa declaración consiste en la manifestación contraria a la verdad y la reticencia en la omisión dolosa o el ocultamiento de la verdad.

En comparación a lo que se ha apuntado, la Ley Sobre el Contrato de Seguro señala la omisión o inexacta declaración y tienen como consecuencia la rescisión de pleno derecho del contrato.

¹²⁴ Palomar de Miguel, Juan. Ob. cit. Tomo II, p. 1381.

¹²⁵ Gutiérrez y González, Ernesto. Ob. cit. p. 424.

El artículo 47 de la ley establece que cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 facultará a la aseguradora para rescindir de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Los artículos 8, 9 y 10 establecen la obligación al asegurado o al tomador del seguro de declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas.

Esos hechos deben ser relacionados con el riesgo, debe aplicarse el principio de la buena fe al momento de declarar, pero tiene como consecuencia si se actúa con mala fe la rescisión del contrato.

Ahora bien, aun existiendo omisas o inexactas declaraciones de los hechos por parte del asegurado, el contrato no tiene la consecuencia de la rescisión en los siguientes casos, según lo establece el artículo 50 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

- I.- Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;
- II.- Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado;
- III.- Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado;
- IV.- Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa;
- V.- Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras indicaciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado y esta contestación aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos.”

Se concluye que la omisión o inexactitud en las declaraciones del asegurado no siempre traen como consecuencia la rescisión del contrato de seguro.

2.18 DECLARACIÓN DE LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

Muy pocos son los tratadistas que definen la agravación del riesgo, sin embargo se cuenta con algunos conceptos que a continuación se transcriben:

“La agravación es una nueva situación provocada por el cambio o alteración de uno de los factores o hechos del complejo, que presupone una intensificación del estado de peligro.”¹²⁶

“Hay agravación del riesgo cuando con posterioridad al contrato, sobreviene en relación a las circunstancias declaradas al momento de su conclusión, un cambio que aumenta la probabilidad o la intensidad del riesgo asumido por el asegurador.”¹²⁷

Luis Ruiz Rueda expresa: “hay agravación del riesgo cuando después de la celebración del contrato sobreviene un cambio de las circunstancias que debieron declararse conforme a lo dispuesto en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, siempre que tal cambio determine un aumento en la probabilidad de que se realice el evento dañoso –gravedad del riesgo– o en la magnitud de las consecuencias que puede tener esa realización, o sea en la intensidad del riesgo.”¹²⁸

Se puede concluir que la agravación del riesgo será aquella circunstancia que aumente o altere la posibilidad de que se lleve a cabo el siniestro, modificando al riesgo que originalmente se declaró y se aseguró; en el seguro que nos ocupa podría hacer mención al hecho de que una persona sana haya contratado un seguro y posterior a la contratación, adquiere una enfermedad que modifique el tiempo en que va a morir, pues dicha enfermedad implicaría su muerte en un tiempo más corto, que si estuviera totalmente sana.

Dicha agravación que sufre el riesgo asegurado debe notificarse a la aseguradora para que ésta decida si continúa con el contrato o desea la resolución, pues la prima que paga el asegurado o

¹²⁶ Rodríguez Sala, J. Jesús. *El Contrato de Seguro en el Derecho Mexicano, Estudio Comparado con sus leyes de origen*. Tomo II. Ed. B. COSTA-AMIC. México, 1977. p. 31.

¹²⁷ Halperin, Isaac. *Seguros*. Volumen I. Ed. De Palma, Buenos Aires, 1991, p. 431.

¹²⁸ Ruiz Rueda Luis, Ob. cit. pág. 124.

tomador del seguro esta determinada en relación al riesgo, por lo tanto el asegurador debe decidir si continúa con el contrato y en ese caso en que forma y cantidad se modificaría la prima.

Por lo tanto existe la obligación del asegurado de declarar todas aquellas circunstancias que traigan consigo el agravamiento del riesgo y que en caso de subsistir el contrato por acuerdo de las partes en ese sentido, al tener conocimiento de ese hecho, propicia los necesarios ajustes en las prestaciones económicas.

Cabe la pregunta de si por el contrario, la disminución del riesgo en justicia debería tener por consecuencia para el asegurado, la disminución del monto de la prima.

Una de las principales obligaciones del asegurado es la que se encuentra establecida en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Los siguientes artículos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro señalan las condiciones en que se considera la agravación del riesgo:

“Artículo 53: Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:
I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.”

“Artículo 54.- Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.”

“Artículo 55.- Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.”

En la propia ley se establece la hipótesis en el sentido de que la agravación del riesgo no produce sus efectos, y ello lo encontramos en los siguientes artículos:

“Artículo 58.- La agravación del riesgo no producirá sus efectos:

- I.- Si no ejerció influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de las prestaciones de la empresa aseguradora;
- II.- Si tuvo por objeto salvaguardar los intereses de la empresa aseguradora o cumplir con un deber de humanidad;
- III.- Si la empresa renunció expresa o tácitamente al derecho de rescindir el contrato por esa causa. Se tendrá por hecha la renuncia si al recibir la empresa aviso escrito de la agravación del riesgo, no le comunica al asegurado dentro de los quince días siguientes, su voluntad de rescindir el contrato.”

“Artículo 59.- La empresa aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos.”

Si el asegurado viola el principio de la buena fe que rige el contrato de seguro y actúa de manera dolosa o culpable, es decir con dolo y/o mala fe y ello ocasiona que se presente la agravación del riesgo, perderá las primas anticipadas, lo anterior con fundamento en el artículo 60 que a la letra regula:

“Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.”

Asimismo, se estipula que si existe una agravación del riesgo pero no afecta a todos los riesgos asegurados, el contrato podrá tener vigencia sobre los riesgos que no se afectaron, incluso si existe agravación del riesgo y ello es informado a la aseguradora por el propio asegurado o tomador del seguro, y éste acepta pagar las primas que se deban conforme a la alteración que sufrió el riesgo, el contrato continúa vigente, obviamente dichas primas se fijarán en mayor cantidad que las que existían para el riesgo original; lo anterior se puede apreciar en los siguientes artículos:

“Artículo 61.- Cuando se aseguren varios riesgos, el contrato quedará en vigor respecto a los que no se afecten por la omisión o inexacta declaración o por la agravación siempre que se demuestre que la empresa aseguradora habría asegurado separadamente aquellos riesgos en condiciones idénticas a las convenidas.”

“Artículo 62.- En el caso del artículo anterior, el contrato subsistirá también si el asegurado paga a la empresa aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.”

La agravación es una circunstancia que afecta directamente al riesgo y que aumenta la posibilidad de que ocurra el siniestro, la agravación debe ser esencial, es decir que de haber existido cuando se celebró el contrato, la empresa o no hubiera celebrado el mismo o lo hubiera celebrado bajo condiciones diferentes, es decir fijando como pago una prima mayor, o condiciones excluyentes en caso de que el riesgo ocurriera a consecuencia del agravamiento.

2.19 LAS OMISAS DECLARACIONES ANTE LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

Ya sabemos que es la agravación del riesgo y que el asegurado tiene la obligación de dar aviso a la empresa aseguradora de que se presentó la agravación durante la vigencia del contrato, pero en el caso de omitir dicho aviso o declaración, la ley prevé una sanción, como ésta circunstancia tiene lugar en un momento posterior a la celebración del contrato, y se puede entender como un incumplimiento de las obligaciones del asegurado, tiene como consecuencia la rescisión del contrato de seguro, tema que será tratado con mayor profundidad en el siguiente capítulo, pero sí puedo señalar que la ley establece lo siguiente:

Para el caso en que se omitiera dar aviso a la aseguradora de la agravación del riesgo, el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, contiene como sanción la cesación de las obligaciones de la aseguradora, lo que no es otra cosa que la rescisión del contrato de seguro.

Es necesario volver a hacer referencia al artículo 60 de la ley en cita, porque dicho artículo no determina con exactitud a que se refiere, si a la agravación en sí, es decir que por una conducta de dolo o mala fe haya producido la agravación del riesgo, o porque el asegurado actuando con dolo y mala fe ocultó a la aseguradora la agravación del riesgo, ocasionando que la aseguradora no conociera tal situación haciéndola caer en error, para ambas circunstancias puede aplicarse la sanción que se refiere a la pérdida de las primas anticipadas que hubiera pagado el asegurado, sanción que se desprende de la lectura de dicho artículo, pero incluso aquí también se aplica la rescisión del contrato, como lo señala el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que se transcribió líneas arriba, por lo que éste artículo 60 sólo es complemento del anterior, la propia ley no hace la distinción necesaria para poderlo entender de otra forma.

Incluso el siguiente artículo, es decir el 61 que igualmente ha quedado transcrito, maneja las dos hipótesis, la omisión o inexacta declaración y la agravación del riesgo, por lo que es comprensible que igualmente se aplica a la situación de que se omita declarar que hubo agravación del riesgo, interpretado a contrario sensu, el artículo señala que ante estas situaciones el contrato perderá la vigencia, lo que se entiende como la rescisión de dicho contrato respecto de los riesgos que se hubieran afectado, para aquellos riesgos no afectados el contrato quedará en vigor, obviamente no se aplica al seguro de vida, en éste contrato el riesgo es único, porque se refiere a la muerte del asegurado, por ello es que no pueden existir más riesgos que puedan ser objeto del seguro, y no encuadra en la hipótesis que regula el citado artículo 61 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

CAPITULO TERCERO.

NATURALEZA JURÍDICA DEL SEGURO DE VIDA, SU NULIDAD Y SU RESCISIÓN.

3.1 EL SEGURO DE VIDA.

3.1.1 CONCEPTO.

Como se ha venido desarrollando éste trabajo, sobre el tema se presentan conceptos de diversos autores, para posteriormente tratar de establecer un sólo concepto basado en las definiciones aportadas por los tratadistas citados:

“Podemos definir el seguro de vida como aquel contrato de seguros con el cual el asegurador se obliga a pagar un capital o una renta al producirse la muerte o la sobrevivencia, a término señalado, del asegurado o bien a un término fijo, cesando en tal caso, cuando se verifique la premoriencia, la obligación del pago de la prima, o más brevemente como “el seguro contra la incertidumbre de la duración de la vida humana.”¹²⁹

“Existe contrato de seguro sobre la vida cuando el capital o la renta que el asegurador se obliga a pagar y la prima que recibe del estipulante, están calculados sobre la duración de la vida humana.”¹³⁰

¹²⁹ Donati, Antigono. Los Seguros Privados. Manual de Derecho. Ed. Librería Bosch. Barcelona, 1960. p. 450.

¹³⁰ Halperin, Isaac. Seguros. Vol. I. Primera reimpresión. Ed. De Palma. Buenos Aires, 1991. p. 88.

“Denomínase seguro de vida a la protección que bajo diversos tipos de contratos, ofrece la institución del seguro al hombre en el desenvolvimiento de sus actividades y por medio de los cuales le procura la compensación financiera frente a situaciones que afectan su estabilidad económica o la de su familia.”¹³¹

“Es el contrato en virtud del cual, el asegurador se obliga a pagar una suma de dinero o dar una renta al verificarse la muerte de una persona o por el contrario, al transcurrir un término sin que se verifique el evento de muerte.”¹³²

De todos éstos conceptos se puede obtener que el contrato de seguro de vida es aquél por el cual el asegurador se obliga a entregar una suma asegurada a una persona determinada llamada beneficiario, a cambio del pago de la prima a cargo del asegurado o tomador del seguro, al momento de verificarse el riesgo contratado, que puede ser la muerte o la sobrevivencia del asegurado, esto último porque el contrato de seguro tiene dos modalidades:

a).- “Seguro en caso de vida: en este seguro la obligación de la aseguradora se subordina a la sobrevivencia del asegurado a cierta fecha y en consecuencia, el beneficiario percibirá el capital si el asegurado vive en una fecha determinada.

b).- Seguro en caso de muerte: en este seguro, el asegurador debe cumplir su prestación a la muerte del asegurado y en consecuencia el beneficiario recibirá el capital estipulado cuando se produzca el fallecimiento del asegurado.”¹³³

También algunos tratadistas expresan una tercera modalidad que es el seguro mixto, es decir que se compone de una combinación de los dos anteriores, sin embargo en la práctica vemos que al seguro para el caso de muerte se le denomina seguro de vida y que es el que mayormente las aseguradoras ofrecen, porque para el asegurado lo que importa es dejar una cantidad de dinero a sus beneficiarios al momento de su muerte, ello con el fin de proporcionarles un bienestar económico.

¹³¹ Barrena, Luis. Seguros. Ed. Sociedad Colombista Panamericana. La Habana, 1956. p. 121.

¹³² Vázquez del Mercado, Oscar. Ob. cit. p. 325.

¹³³ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. La Institución del Seguro en México. Ed. Porrúa. México, 2000. p. 362.

En la Ley se presenta un concepto de este tipo de seguro y así tenemos que el artículo 8 fracción I de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros regula:

“Artículo 8º.- Los seguros comprendidos dentro de la enumeración de operaciones y ramos del artículo anterior, son los siguientes:

I.- Para las operaciones de vida, los que tengan como base del contrato riesgos que puedan afectar la persona del asegurado en su existencia. Se considerarán comprendidos dentro de estas operaciones los beneficios adicionales que, basados en la salud o en accidentes personales, se incluyan en pólizas regulares de seguros de vida.

También se considerarán comprendidas dentro de estas operaciones, los contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones o de supervivencia relacionados con la edad, jubilación o retiro de personas, ya sea bajo esquemas privados o derivados de las leyes de seguridad social;

II.- . . .”

La Ley Sobre el Contrato de Seguro en su artículo 151, define al contrato de seguro de personas como:

“Artículo 151.- El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital.”

3.1.2 NATURALEZA JURÍDICA DEL SEGURO DE VIDA.

El contrato de seguro de vida no es un contrato indemnizatorio, es decir que al ocurrir el riesgo no se indemniza al asegurado, su naturaleza jurídica según Joaquín Garrigues, es de un contrato de capitalización, por lo que existe la posibilidad de asegurarse en distintas empresas y por cualquier suma, a diferencia del seguro contra daños; sin embargo autores como Isaac Halperin niegan que el contrato de seguro de vida, tenga naturaleza de capitalización o mutuo porque se dan los dos elementos repetidamente negados, y que son el riesgo y la prima; de lo anterior se desprende que la naturaleza del contrato de seguro de vida no es la de ser indemnizatorio porque como ya se comentó la vida de un ser humano no tiene precio, sino que es un contrato en el que se prevé una suma de dinero para el caso de muerte o sobrevivencia del asegurado,

cantidad que será entregada al beneficiario designado por él; se insiste en que en la práctica el que más uso tiene es el seguro para el caso de muerte, por lo general las personas adquieren un seguro con la finalidad de que al morir la gente designada por ellos reciban un apoyo económico.

En conclusión puedo determinar que el seguro de vida es un contrato mercantil en razón de lo dispuesto por el artículo 75 fracción XVI del Código de Comercio, que lo señala como acto de comercio; practicado por una empresa legalmente organizada y autorizada por el Gobierno Federal según artículos 1º y 3º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de carácter consensual, oneroso, bilateral, aleatorio, nominado, basado en la buena fe de las partes, de los llamados de adhesión y principalmente con la característica única de la entrega de una suma de dinero (suma asegurada) a las personas designadas en el contrato, pactada con anticipación, al momento de ocurrir el riesgo.

3.2 ELEMENTOS ESENCIALES.

El contrato de seguro en su calidad de acto jurídico, no escapa de un análisis, a la luz de la teoría general de aquéllos, por lo que para su existencia y legal validez requiere de la necesaria composición de sus elementos esenciales y de validez como cualquier otro contrato, requisito establecido en el Código Civil Federal.

Estos elementos esenciales o también llamados de existencia se encuentran numerados en el artículo 1794 del Código Civil Federal que a la letra dice:

“Artículo 1794.- Para la existencia del contrato se requiere:

I.- Consentimiento;

II.- Objeto que pueda ser materia del contrato.”

De acuerdo con éste artículo en éste apartado se analizarán como elementos esenciales del contrato:

a).- El Consentimiento.

b).- El Objeto.

3.2.1 CONSENTIMIENTO.

El consentimiento es definido por dos grandes tratadistas Rafael Rojina Villegas y Ernesto Gutiérrez y González, como:

“El acuerdo o concurso de voluntades que tiene por objeto la creación o transmisión de derechos y obligaciones: Todo consentimiento, por tanto implica la manifestación de dos o más voluntades, y su acuerdo sobre un punto de interés jurídico. Se requiere, pues, el concurso de voluntades a efecto de crear, transmitir, modificar o extinguir derechos y obligaciones, para que jurídicamente se integre éste elemento en el contrato o en el convenio.”¹³⁴

“El consentimiento es el acuerdo de dos o más voluntades sobre la producción de efectos de Derecho y es necesario que ese acuerdo tenga una manifestación exterior, o dicho en una forma más amplia, que sirve para el convenio y el contrato: Es el acuerdo de dos o más voluntades que tiende a crear, transferir, conservar, modificar o extinguir, efectos de derecho, y es necesario que esas voluntades tengan una manifestación exterior.”¹³⁵

El Código Civil Federal en su artículo 1803 dispone:

“Artículo 1803.- El consentimiento puede ser expreso o tácito, para ello se estará a lo siguiente:

I.- Será expreso cuando la voluntad se manifieste verbalmente, por escrito o medios electrónicos. ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos.

¹³⁴ Rojina Villegas, Rafael. Derecho Civil Mexicano. Tomo quinto. Obligaciones. Volumen I. Séptima edición. Ed. Porrúa. México, 1998. p. 271.

¹³⁵ Gutiérrez y González, Ernesto. Derecho de las Obligaciones. Décima Cuarta edición. Ed. Porrúa. México, 2002. p. 266.

II.- El tácito resultará de hechos o de actos que presupongan o que autoricen a presumirlo, excepto en los casos en que por ley o por convenio la voluntad deba manifestarse expresamente.”

Con éste artículo reformado en el año 2000, se justifica el hecho de celebrar contratos a través de los medios electrónicos, pues queda ya regulado que el consentimiento manifestado a través de un e-mail es un consentimiento expreso, por lo tanto si no existe un vicio de la voluntad, el contrato celebrado en esa forma es válido, la irregularidad que encuentro, es el aspecto que el mismo artículo en el Código Civil para el Distrito Federal sigue manteniendo el texto original que no regula a los medios electrónicos, sin embargo múltiples operaciones entre ellas los contratos se llevan a cabo por correo electrónico.

Siendo nuestro tema un contrato mercantil, le es aplicable la legislación civil federal por lo que el contrato de seguro es válido aunque se haya celebrado a través de algún medio electrónico, observando las particularidades que la ley de la materia establece, como sería el caso en que el contratante o asegurado deba practicarse examen médico.

Así en el contrato de seguro, el consentimiento se integra por el acuerdo de voluntades de las partes, que en atención a su naturaleza se denominan: aseguradora y asegurado, tomador de seguro o contratante, que tiene por objeto la creación de derechos y obligaciones, que en este caso se refiere a una suma asegurada a cargo de la aseguradora y a favor del beneficiario, a cambio del pago de una prima a cargo del asegurado o contratante, es decir ese consentimiento da nacimiento al contrato de seguro de vida, por supuesto a los que deben agregarse en situaciones específicas, las voluntades de otros sujetos que guardan una íntima relación con aquéllos, como son los agentes o mandatarios de la aseguradora y los terceros a nombre o a favor de los cuales se celebra un contrato de seguro, estos forman parte de un aspecto secundario del contrato, pues para el nacimiento del contrato de seguro de vida, lo esencial es que exista el consentimiento de la aseguradora que será representada por una persona física y del asegurado o contratante.

El consentimiento entonces está integrado por la oferta que es la propuesta del futuro asegurado o tomador del seguro y la aceptación por parte de la aseguradora.

El consentimiento es parte medular de todos los contratos, sin él dichos contratos no existirían y por supuesto el contrato de seguro no es la excepción.

Ahora bien, como se señaló, ese consentimiento puede ser expreso o tácito y llevado a cabo entre presentes o entre ausentes, temas que son importantes tomar en cuenta para la celebración del contrato de seguro y a los que haré referencia de manera general.

El consentimiento expreso será aquél que se manifieste verbalmente, por escrito o por signos inequívocos, con la reforma al Código Civil Federal del año 2000, se incluye como forma de consentimiento expreso aquella voluntad realizada por medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, en muchas ocasiones llegan correos electrónicos de empresas que ofrecen algún tipo de servicio o prestación profesional constituyendo una verdadera oferta ya dependerá de la persona que lo recibe si acepta o no tal oferta y entonces podrá externar su voluntad por el mismo medio electrónico considerándose aceptado el contrato, con excepción de aquellos contratos que por ley necesitan para su perfeccionamiento de una formalidad especial.

En el caso de los contratos mercantiles que sean celebrados por correspondencia, telégrafo, medios electrónicos, ópticos o con cualquier otra tecnología quedan perfeccionados desde que se recibe la aceptación de la propuesta, y ello queda establecido en el artículo 80 del Código de Comercio reformado en el año 2000 que a la letra señala:

“Artículo 80.- Los convenios y contratos mercantiles que se celebren por correspondencia, telégrafo, o mediante el uso de medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, quedarán perfeccionados desde que se reciba la aceptación de la propuesta o las condiciones con que ésta fuere modificada.”

En el contrato de seguro de vida puede recibirse una propuesta para celebrar un contrato vía internet, en ocasiones se envían las condiciones generales de la póliza para hacérsela saber al futuro asegurado o contratante y sin perder de vista que el contrato se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta, puede pensarse que manifestando la aceptación de las condiciones de la póliza y llegando a un acuerdo en cuanto al monto de la prima a pagar y la suma asegurada queda aceptado el contrato, cuando no se exija examen médico, sin embargo no soy de la idea de que un contrato

de seguro de vida se pacte por medio de ningún medio electrónico por seguridad de ambas partes, en este caso la aseguradora no sabe en que condiciones se encuentra el asegurado o contratante, y éste a su vez no tiene la certeza de que la empresa que lo está contactando sea verdaderamente una aseguradora, no hay que olvidar que existen cientos de fraudes realizados por empresas fantasma, es decir que no existen, por ello es recomendable llevar a cabo un contrato de ésta naturaleza directamente con el personal de la aseguradora y revisar perfectamente las condiciones de la póliza, para evitar en el futuro el problema del no pago del seguro.

El consentimiento tácito es aquél que resulta de hechos o de actos que lo presuponen o que autorizan a presumirlo, excepto en los casos en que por ley o por convenio la voluntad deba manifestarse expresamente, es decir que no debe quedar duda de que de manera tácita por medio de algún acto una persona emitió su voluntad para consentir alguna oferta que le hayan propuesto, debe tenerse en cuenta que el silencio no es una forma de consentimiento tácito pues éste es un hecho real y el silencio es la ausencia total de la manifestación de la voluntad, por lo tanto "el silencio sólo producirá efectos de aceptación y engendrará el consentimiento, cuando la ley así lo determine."¹³⁶

El consentimiento llamado entre presentes es aquél que se integra cuando las personas están una frente a la otra, es decir identificadas físicamente, incluyendo en este aspecto el que las personas estén comunicadas por teléfono o cualquier medio electrónico, óptico o de cualquier otra tecnología que permita la expresión de la oferta y la aceptación de forma inmediata; aquí hay dos variantes: puede existir un plazo para la aceptación de la oferta o no existir, en el segundo caso el consentimiento debe integrarse de manera inmediata lisa y llana, es decir que esa aceptación no contenga ninguna modificación a la oferta original, que sea aceptada tal como fue propuesta y sin dejar ninguna duda de su aceptación.

Fundamento de lo anterior se encuentra en los artículos 1805 y 1810 del Código Civil Federal que a la letra señala:

"Artículo 1805.- Cuando la oferta se haga a una persona presente, sin fijación de plazo para aceptarla, el autor de la oferta queda desligado si la aceptación

¹³⁶ Gutiérrez y González, Ernesto. Ob. cit. p. 277.

no se hace inmediatamente. La misma regla se aplicará a la oferta hecha por teléfono o a través de cualquier otro medio electrónico, óptico o de cualquier otra tecnología que permita la expresión de la oferta y la aceptación de ésta en forma inmediata.”

“Artículo 1810.- El proponente quedará libre de su oferta cuando la respuesta que reciba no sea una aceptación lisa y llana, sino que importe modificación de la primera. En este caso la respuesta se considerará como nueva proposición que se regirá por lo dispuesto en los artículos anteriores.”

Si en esta modalidad de la integración del consentimiento existe un plazo para ello, el oferente queda obligado a respetar dicho plazo que él mismo estipuló y esa obligación se extiende hasta la expiración de dicho plazo ya sea que dentro de éste se acepte o no la propuesta, así se establece en el artículo 1804 del citado Código Civil Federal:

“Artículo 1804.- Toda persona que propone a otra la celebración de un contrato fijándole un plazo para aceptar, queda obligada por su oferta hasta la expiración del plazo.”

Existe otro caso regulado por la ley que es el consentimiento entre ausentes, aquí las personas no están frente a frente, ni comunicados por teléfono o medios electrónicos u ópticos, simplemente no existe comunicación directa, ni inmediata entre las personas porque no se encuentran en el mismo lugar, la doctrina señala que en este tipo de consentimiento se encuentra la comunicación por correo o telégrafo y ha llamado a los contratos que surgen de ésta forma, contratos por correspondencia. En esta forma de consentimiento también se puede fijar un plazo y entonces como en el anterior, el oferente queda obligado hasta la expiración de dicho plazo; pero en el caso de que no exista manifestación alguna de plazo se entenderá como plazo mínimo el de tres días aumentando el tiempo necesario para la ida y vuelta del correo público considerando la facilidad o dificultad del lugar, así se desprende del siguiente artículo del Código Civil Federal:

“Artículo 1806.- Cuando la oferta se haga sin fijación de plazo a una persona o presente, el autor de la oferta quedará ligado durante tres días, además del tiempo necesario para la ida y vuelta regular del correo público, o del que se juzgue bastante, no habiendo correo público, según las distancias y la facilidad o dificultad de las comunicaciones.”

En estos contratos se debe establecer el momento en que se forma el consentimiento, tomando en cuenta que en todos los contratos ese consentimiento se forma en el momento en que existe la aceptación de la oferta, pero aquí las partes no están presentes, por lo tanto se complica la determinación de dicho momento teniendo como resultado la dificultad de saber el día y hora de la formación del contrato, y por ello la doctrina considera que en este tipo de contratos el consentimiento se puede formar en cuatro diversos momentos:

a).- Teoría de la declaración.

b).- Teoría de la expedición.

c).- Teoría de la recepción.

d).- Teoría de la información.

a).- En el primer caso, es decir en la Teoría de la declaración el consentimiento se va a formar en el momento en que el presunto aceptante exteriorice su voluntad aceptando la oferta, dicha exteriorización de la voluntad puede hacerse de cualquier forma, incluso verbal; esta teoría es criticada por diversos tratadistas que señalan que dicha aceptación no es posible probarla porque no se exteriorizó frente a testigos y entonces el aceptante puede revocarla en perjuicio del proponente, sin embargo existen opiniones que señalan que el aceptante para tener la seguridad de la formación del contrato debe acudir ante un Notario Público a exteriorizar su voluntad de aceptar la oferta para que éste de fe de la hora y el día de la aceptación, o en su defecto hacerlo ante testigos.

b).- En la Teoría de la expedición se tiene que el consentimiento se forma o perfecciona en el momento en que el aceptante responde aceptando la oferta, es decir el aceptante realiza su respuesta por escrito y la envía por carta o telégrafo, teniendo así una prueba, el comprobante del correo certificado o la copia sellada del telégrafo.

c).- En la Teoría de la recepción el consentimiento se forma y queda perfeccionado en el momento en que el oferente obtiene una respuesta afirmativa dando por aceptada su

propuesta, algunos autores dicen que basta con que la aceptación llegue al domicilio del proponente y sea recibida por cualquier familiar o dependiente para que el consentimiento quede perfeccionado es más no es necesario que dicho proponente se entere de la respuesta, situación con la que yo no estoy de acuerdo, siendo que se trata de la formación de un contrato para lo cual quien debe tener la seguridad de la aceptación de la oferta es el proponente y no dejarlo a la familia o dependientes, pues no basta la posibilidad de la aceptación, sino que debe existir la seguridad en el oferente.

d).- En la última Teoría, la de la información, el consentimiento se perfecciona en el momento en que el oferente se entera de la aceptación de la propuesta y así se lo comunica al aceptante, es decir en el momento en que el proponente tiene la seguridad de la aceptación de la oferta o propuesta.

El Código Civil Federal se apega a la teoría de la recepción, pues como regla general señala que el consentimiento quedará integrado en el momento en que el proponente reciba la aceptación de la oferta, lo cual se encuentra establecido en el artículo 1807:

“Artículo 1807.- El contrato se forma en el momento en que el proponente reciba la aceptación, estando ligado por su oferta según los artículos precedentes.”

Señalo que es la regla general para los contratos, porque el mismo Código establece una excepción tratándose de los contratos de donación en el que establece que cuando es celebrado entre ausentes, el consentimiento se formará cuando el oferente se entere de la aceptación, es decir se apega a la teoría de la información, ello se encuentra dispuesto en el artículo 2340 del citado Código Civil Federal.

“Artículo 2340.- La donación es perfecta desde que el donatario la acepta y hace saber la aceptación al donador.”

En materia mercantil hasta antes de la reforma al Código de Comercio de Mayo de 2000, se tenía como regla general a la teoría de la expedición, ya que en su artículo 80 se establecía que los contratos mercantiles por correspondencia quedaban perfeccionados desde que se

contestara aceptando la propuesta, posterior a ésta reforma se tiene por aceptada la teoría de la recepción como puede observarse en el artículo 80 antes transcrito.

En el caso particular del contrato de seguro debemos estar a lo señalado en el artículo 21 fracción I de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que señala que el contrato se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta, apegándose así a la teoría de la información.

En conclusión y como ya lo he apuntado pienso que por la magnitud que tiene el contrato de seguro de vida, debe presentarse la integración del consentimiento estando presentes las partes, no aceptar una propuesta realizada por correo, telégrafo, medios electrónicos o cualquier otro en el que las partes no estén frente a frente, pues el discutir sobre el riesgo que es la vida misma del asegurado representa ponerse de acuerdo en diversas cuestiones de tipo médico o de salud que son importantes para determinar el monto de las primas y obviamente la fijación de la suma asegurada; además de que la parte de la designación de los beneficiarios debe hacerse estando conciente de que al morir el asegurado la suma pasará a manos de quien haya quedado designado, sin que medie recurso alguno que permita revocar al beneficiario, ya que solo el asegurado puede realizar algún cambio, con excepción de las reglas que se aplican a los beneficiarios que ya no existen o que son indeterminados quienes tienen un tratamiento especial en la ley.

3.2.2 OBJETO.

El tratadista Manuel Bejarano Sánchez señala: "los juristas indican tres acepciones para la palabra objeto:

1.- El objeto directo del contrato, que es el de crear o transferir derechos y obligaciones.

2.- El objeto indirecto del contrato, que es el objeto de las obligaciones engendradas por él, y que puede consistir en dar, hacer o no hacer; y

3.- La cosa misma que se da.

La más correcta acepción es la segunda por tanto, el objeto de todo contrato es el objeto de la obligación creada por él. Ese objeto puede consistir en dar algo, hacer algo o no hacerlo.¹³⁷

Castán Tobeñas citado por Rojina Villegas dice explícitamente “que el objeto inmediato del contrato es, en realidad, la obligación que por el se constituye; pero como ésta, a su vez, tiene por contenido una prestación de dar, hacer o no hacer, se llama ordinariamente objeto del contrato a las cosas o servicios que sean materia, respectivamente de las obligaciones de dar o de hacer.”¹³⁸

Ahora bien el Código Civil Federal señala en su artículo 1824:

“Artículo 1824.- Son objeto de los contratos:
I.- La cosa que el obligado debe dar;
II.- El hecho que el obligado debe hacer o no hacer.”

Para que la cosa pueda ser objeto del contrato debe llenar los siguientes requisitos, que se expresan en el artículo 1825 del Código Civil Federal:

“Artículo 1825.- La cosa objeto del contrato debe:
1o. Existir en la naturaleza.-
2o. Ser determinada o determinable en cuanto a su especie.
3o. Estar en el comercio.”

Si la cosa objeto del contrato no reúne los anteriores requisitos, puede considerarse como un acto inexistente.

¹³⁷ Bejarano Sánchez Manuel. Obligaciones Civiles. Quinta edición. Ed. Oxford. México, 2004. p. 57.

¹³⁸ Rojina Villegas, Rafael. Ob. cit. p. 287.

Aceptando el mismo código que si existen los contratos que versen sobre las cosas futuras; excepto sobre la herencia de una persona viva lo cual se encuentra establecido en el artículo 1826 del ordenamiento en mención.

Considerando al objeto como elemento esencial de todo contrato, es preciso analizarlo a la luz del contrato de seguro, que como todo contrato debe contar con este elemento para poder existir.

El objeto en el contrato de seguro de vida estará conformado por dos conceptos:

- 1.- La existencia de un riesgo.
- 2.- Un interés por parte del contratante o tomador del seguro que sea asegurable y que se desee asegurar.

Ambos existen en la naturaleza, porque en el seguro a que se refiere éste trabajo es imposible que no exista el riesgo, pues dicho riesgo se refiere a la muerte o a la sobrevivencia de una persona, por lo tanto ambas acepciones existen en la naturaleza, en cuanto al interés asegurable aunque éste no sea palpable, existe porque se refiere al interés que tiene el asegurado o contratante del seguro de que al momento de producirse la muerte de su persona, haya una cantidad en dinero como suma asegurada que será entregada a su beneficiario.

Ambos conceptos son determinados o determinables, pues se refieren a algo específico, es decir que se señala concretamente de modo que se conozca en su individualidad, por lo tanto el riesgo está determinado por la muerte o sobrevivencia y el interés asegurable, por la importancia que ese riesgo significa para el asegurado o contratante.

Ambos están en el comercio con lo que se refiere no a que la vida o el ser humano tenga un precio, simplemente que aquí se debe recordar que las cosas se encuentran fuera del comercio bien por su naturaleza o bien por disposición de la ley (Art. 748 y 749 del Código Civil Federal) y en éste caso, el riesgo de muerte o sobrevivencia y el interés que representa, son susceptibles de dar nacimiento a un contrato de seguro de vida, toda vez que el contrato de seguro es un

acto de comercio por el sujeto que lo realiza, generando creación o transferencia de derechos y obligaciones entre las partes vinculadas en conductas de dar y hacer.

3.3 REQUISITOS DE VALIDEZ.

Además de sus elementos de esencia o de existencia analizados, el contrato de seguro de vida, como una categoría específica de los actos jurídicos, también requiere de un examen a la luz de sus elementos de validez, los cuales son:

- a).- La forma.
- b).- La capacidad.
- c).- Ausencia de vicios de la voluntad.
- d).- Objeto, Motivo, Fin lícito.

3.3.1 LA FORMA

Como quedó mencionado, el contrato de seguro de vida es un contrato consensual, sin embargo en este apartado y de manera breve se expone en voz del tratadista Ernesto Gutiérrez y González lo que es la forma de los contratos, señalando el autor de referencia: "se entiende como el o los elementos de carácter exterior, sensibles, en que se plasma todo acto de voluntad, o a los hechos de la vida social de donde provienen los derechos subjetivos.

También se le puede estimar como el conjunto de elementos sensibles que revisten exteriormente a las conductas que tienden a la creación, transmisión, conservación, modificación o extinción de los derechos y obligaciones cuya validez total o parcial depende en cierta medida de la observancia de esos elementos sensibles, según lo exija la organización jurídica vigente.

Ya en cuanto a la forma en el Derecho Civil, y dentro de éste, en el contrato, se le puede entender como la manera en que debe externarse la voluntad de los que contratan, conforme lo disponga o permita la ley.¹³⁹

Es decir, la forma es un requisito de validez del contrato, por lo que la falta de ésta no impide el nacimiento del contrato, pero dicha falta es causa de nulidad relativa, por lo que el contrato puede convalidarse dándole la forma legal requerida, según se establece en el artículo 2228 del Código Civil Federal.

“Artículo 2228.- La falta de forma establecida por la ley, si no se trata de actos solemnes, así como el error, el dolo, la violencia, la lesión, y la incapacidad de cualquiera de los autores del acto, produce la nulidad relativa del mismo.”

Se reitera que el contrato de seguro de vida como acto jurídico, es consensual en el sentido de no requerir para su integración de formalidad alguna y que la póliza que expide la aseguradora en la cual se hacen constar todas las circunstancias del seguro, es sólo un elemento probatorio de la relación contractual como se señala en los siguientes preceptos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“Artículo 7º.- Las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de oferta suministrado por la Empresa aseguradora, o bien remitirse al proponente para que éste las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa. El proponente no estará obligado por su oferta si la empresa no cumple con esta disposición. En todo caso, las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato si la empresa le comunica su aceptación dentro de los plazos que fija el artículo 6o. de la presente ley.”

“Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo

¹³⁹ Gutiérrez y González, Ernesto. Ob. cit. p. 326.

la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.”

Es aplicable a éste elemento de validez del contrato de seguro de vida, la siguiente tesis:

“SEGUROS, CONTRATO DE. SUS EFECTOS JURÍDICOS.- Siendo el contrato de seguro de naturaleza consensual, sus efectos jurídicos se producen a partir del momento en que las partes contratantes aceptan los derechos y obligaciones pactados con relación al objeto, cosa, precio y demás términos del mismo, sin importar que la aseguradora haya hecho o no entrega de la póliza correspondiente al asegurado ni que éste haya cubierto a aquella el importe de la prima; sin embargo, si el asegurado no cubre a la aseguradora la prima convenida, que de acuerdo a lo dispuesto en el diverso artículo 34 de la Ley sobre el Contrato de Seguro vence en el momento de la celebración del contrato, los efectos del mismo se prolongan únicamente hasta las doce horas del día treinta natural siguiente a la fecha de su vencimiento, conforme a lo previsto en el artículo 40 del propio ordenamiento legal. Primer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito. Amparo en Revisión 2961/91. Jorge Benigno Ortiz Juárez. 18 de febrero de 1992. Unanimidad de votos. Ponente: Julio Humberto Hernández Fonseca. Secretario: Carlos Ruiz Constantino. Octava Época. Tribunales Colegiados de Circuito. Semanario Judicial de la Federación. Tomo IX – Junio de 1992. Página 426.

3.3.2 CAPACIDAD.

Es un elemento que se requiere para que el contrato sea válido, se entiende por capacidad “la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones y para ejercerlos. . . Hay dos clases de capacidad:

- a).- La de goce (aptitud de ser titular de derechos y obligaciones), y
- b).- La de ejercicio (aptitud de ejercitar o hacer valer por si sus derechos).¹⁴⁰

¹⁴⁰ Bejarano Sánchez, Manuel. Ob. cit. p. 102.

La capacidad de goce es un atributo de la personalidad y generalmente la poseen todos los hombres, sin embargo existen excepciones a ésta regla, por lo tanto esa capacidad de goce es la regla general y la incapacidad es la excepción, pero esa incapacidad de goce será imparcial y no absoluta, porque las personas que tienen una incapacidad de éste tipo sólo se referirá a algunos derechos no a todos los que como hombre posee, es decir que no todos tienen la misma capacidad, algunos tienen ciertas restricciones como son los siguientes:

a).- Los extranjeros que no cuentan con una capacidad de goce para adquirir el dominio directo sobre tierras y aguas en una faja de cien kilómetros a lo largo de las fronteras y cincuenta en las playas, como lo dispone el artículo 27 fracción I, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

b).- Los ministros de culto tienen capacidad de goce sin embargo no pueden desempeñar cargos públicos, tienen derecho a votar pero no a ser votados, son incapaces tanto ellos como sus ascendientes, descendientes, hermanos y cónyuges, y asociaciones religiosas a que pertenezcan para heredar por testamento de ministros del mismo culto o de un particular a quienes los propios ministros hayan dirigido o auxiliado espiritualmente y con quien no tienen parentesco dentro del cuarto grado. (Artículo 130 inciso e, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.)

c).- Los médicos tienen capacidad de goce que se ve restringida porque tanto ellos como su cónyuge, ascendientes, descendientes y hermanos tienen incapacidad para heredar por testamento de la persona que el médico haya asistido durante su última enfermedad si en ese lapso realizó su disposición testamentaria; a no ser que los herederos instituidos sean también herederos legítimos. (Artículo 1323 del Código Civil Federal).

d).- Los notarios y testigos que hayan intervenido en una disposición testamentaria no pueden heredar del testador, la incapacidad se hace extensiva a sus cónyuges, ascendientes, descendientes y hermanos. (Artículo 1324 del Código Civil Federal).

e).- Los magistrados y jueces no pueden ser albaceas si están ejerciendo jurisdicción en el lugar en que se abre la sucesión, a menos que sean herederos únicos. Tampoco pueden comprar los

bienes que son objeto de los juicios en que intervienen. (Artículos 1680 fracción I y 2276 del Código Civil Federal).

f).- El Ministerio Público, abogados, defensores de oficio, procuradores, peritos, interventores, empleados públicos, tienen incapacidad para comprar los bienes que son objeto de los juicios en que intervienen o cuya administración se les haya encargado. (Artículos 2276 y 2280 del Código Civil Federal).

g).- Tienen restringida su capacidad de goce para heredar, aquellos que hayan cometido en contra del testador algún hecho ilícito que se encuentre enumerado en el artículo 1316 del Código Civil Federal.

h).- Los condenados por sentencia civil o penal. En primer lugar si se encuentran privados de libertad no tienen derecho de votar y ser votados, si la sentencia es penal tampoco entre otros derechos pueden desempeñar cargos como ser tutor o albacea.

i).- Los menores de edad tienen capacidad de goce que se ve limitada entre otras circunstancias para ejercer sus derechos políticos, tampoco pueden ser tutores, pero si pueden recibir herencias, legados donaciones, etc. (Artículos 34 y 35 Constitucionales y 503 fracciones I del Código Civil Federal).

j).- También tiene capacidad de goce que se ve restringida por ciertas circunstancias, el feto, a quien esa capacidad de goce le permite ser titular de derechos patrimoniales por lo que puede heredar, recibir legados o donaciones, pero dicha capacidad se sujeta a determinadas condiciones que regula la ley como son que nazca vivo y viable, es decir que desprendido del seno materno viva 24 horas o que dentro de un lapso menor sea presentado vivo ante Juez del Registro Civil. (Artículo 337 del Código Civil Federal).

La capacidad de ejercicio es la aptitud jurídica para ejercitar o hacer valer los derechos que se posean, así como para asumir deberes jurídicos, por uno mismo.

El Código Civil Federal, señala en cuanto a la capacidad lo siguiente:

“Artículo 1798.- Son hábiles para contratar todas las personas no exceptuadas por la ley.”

“Artículo 1799.- La incapacidad de una de las partes no puede ser invocada por la otra en provecho propio, salvo que sea indivisible el objeto del derecho o de la obligación común.”

Ahora bien, la capacidad de ejercicio tiene sus restricciones, pues la propia ley señala que personas son incapaces:

“Artículo 450.- Tienen incapacidad natural y legal:

I.- Los menores de edad;

II.- Los mayores de edad disminuidos o perturbados en su inteligencia, aunque tengan intervalos lúcidos; y aquellos que padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial o por la adicción a sustancias tóxicas como el alcohol, los psicotrópicos o los estupefacientes; siempre que debido a la limitación, o la alteración en la inteligencia que esto les provoque no puedan gobernarse y obligarse por sí mismos, o manifestar su voluntad por algún medio.

III.- (DEROGADA, D.O.F. 23 DE JULIO DE 1992)

IV.- (DEROGADA, D.O.F. 23 DE JULIO DE 1992)”

Es importante señalar que en el Código Civil para el Distrito Federal este artículo se encuentra reformado con fecha 25 de Mayo de 2000, y señala:

“Artículo 450.- Tienen incapacidad natural y legal:

I.- Los menores de edad;

II.- Los mayores de edad que por causa de enfermedad reversible o irreversible, o que por su estado particular de discapacidad, ya sea de carácter físico, sensorial, intelectual, emocional, mental o varias de ellas a la vez, no puedan gobernarse, obligarse o manifestar su voluntad, por sí mismos o por algún medio que la supla.”

De lo anterior se puede concluir que como regla general la capacidad de ejercicio presupone la existencia de la capacidad de goce, es decir si no se tiene la de goce, no se puede tener la de ejercicio, pero sí se puede tener la de goce sin contar con la de ejercicio, tomando en consideración las excepciones a la regla general.

Por lo que respecta al contrato que nos ocupa y la capacidad de las partes para contratar, la que interesa es la capacidad de ejercicio, pues representa un elemento de validez para celebrar

éste acto jurídico, en primer lugar y por lo que concierne a la aseguradora al considerársele como una institución o sociedad mutualista de las que conforman el sistema financiero mexicano, requiere de una autorización para operar en las actividades que conforman su objeto social, a lo que debe agregarse la exigencia legal de constituirse como una sociedad anónima, por lo que el ejercicio de sus derechos y obligaciones tendrá lugar a través de su representante legal que deberá contar a su vez con la capacidad de ejercicio dentro de sus atributos personales.

En segundo lugar y por lo que se refiere al asegurado o contratante, deberá contar con la capacidad de ejercicio para poder celebrar dicho contrato, ya sea persona física o moral, ésta última a través de su representante legal, la capacidad de ejercicio aquí se refiere principalmente a condiciones de mayoría de edad y discernimiento de facultades mentales.

Si falta la capacidad de ejercicio de alguna de las partes en el contrato, se propiciará la nulidad relativa como lo prevé el artículo 2228 del Código Civil Federal, nulidad que será analizada en los siguientes apartados de éste capítulo.

3.3.3 AUSENCIA DE VICIOS DE LA VOLUNTAD.

El artículo 1812 del Código Civil Federal señala como vicios de la voluntad los siguientes:

“Artículo 1812.- El consentimiento no es válido si ha sido dado por error, arrancado por violencia o sorprendido por dolo.”

A estos conceptos algunos tratadistas anexan a la lesión.

Según se desprende de los artículos 1813 y 1814 del Código Civil Federal, el error puede ser de tres especies:

a).- Error de derecho

b).- Error de hecho.

c).- Error de cálculo.

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

“Artículo 1814.- El error de cálculo sólo da lugar a que se rectifique.”

El error puede entenderse como “una creencia no conforme con la verdad, un estado psicológico en discordancia con la realidad objetiva, una noción falsa. La ignorancia es la ausencia de toda noción pero en derecho los efectos de la ignorancia son en general los mismos que los del error.”¹⁴¹

Se maneja la figura de la ignorancia, porque los tratadistas la equiparan al error, al cual se le considera un falso conocimiento de las cosas, como una opinión contraria a la realidad o en el caso que nos ocupa una falsa declaración de los hechos que son determinantes para evaluar el riesgo.

Sin embargo considero que la ignorancia es distinta al error porque mientras éste es considerado un falso conocimiento de las cosas, la ignorancia puede ser el total desconocimiento de las cosas, es decir la ausencia del conocimiento que se debe tener para llevar a cabo determinado acto jurídico y que obviamente tiene como efecto hacer caer en un error a la otra parte del negocio, es decir que mientras una persona por ignorancia, esto es por desconocer totalmente sobre el tema considere que cierta enfermedad que padece no es grave y por lo mismo no lo declara a la Aseguradora, ésta no lo tomará en cuenta al momento de considerar el riesgo, la suma asegurada y el monto de la prima, ese desconocimiento del asegurado tiene el efecto de hacer caer en error al asegurador, pero no por un error en sí, sino por el desconocimiento del asegurado o contratante, porque incluso éste no sabe que cometió un error al no declarar sobre esa enfermedad y que tendrá diversas consecuencias.

¹⁴¹ Borja Soriano, Manuel. Teoría General de las Obligaciones. Décimo Séptima edición. Ed. Porrúa. México, 2000. p. 219.

Son figuras que están totalmente ligadas y que quizá su diferencia sea muy pequeña por lo que los tratadistas las equiparan, incluso del ejemplo citado se desprende que tienen el mismo efecto, es decir provoca que la aseguradora tenga una falsa consideración de lo declarado, y sólo puede considerarse que el error es una falsa noción de las cosas, mientras que la ignorancia es el desconocimiento total de las cosas, teniendo como efecto el mismo, es decir la falsedad.

“El error de cálculo que no se encuentra perfectamente definido en la doctrina y del cual solo se entiende que es un error material de aritmética, tiene como consecuencia su rectificación.

El error de derecho, es aquel que recae sobre una norma o regla de derecho y “versa sobre la existencia, alcance o interpretación de las normas jurídicas.

El error de hecho es la equivocación que se refiere a circunstancias fácticas, es decir de hecho.”¹⁴²

El dolo es cualquier sugestión o artificio que se emplee para inducir a error o mantener en él a alguno de los contratantes, según se desprende de la primera parte del artículo 1815 del Código Civil Federal.

El dolo no es una figura independiente al error, sino un medio para provocarlo, en virtud de ello se ha clasificado al dolo dependiendo del error que ocasiona y así se tiene:

- a).- Dolo principal.
- b).- Dolo incidental.
- c).-Dolo bueno.
- d).- Dolo malo.

¹⁴² Cfr. Bejarano Sánchez, Manuel. Ob. cit. p. 76.

e).- Dolo recíproco.

a).- El dolo principal.- “recae sobre la causa o motivo determinante de la voluntad de los contratantes, esto es, cuando induce a éstos a celebrar un contrato que de otra manera no hubieran celebrado, y engendra, por consiguiente, un error-vice o error-nulidad.”¹⁴³

Es decir que es aquel que provoca un error que es determinante para la ejecución del acto jurídico, provoca un error que afecta la integración de dicho acto, dando como consecuencia una nulidad relativa.

b).- Dolo incidental.- “recae sobre otros aspectos o circunstancias que hacen a un contratante contratar sólo en condiciones menos favorables o más onerosas, como en el caso del error indiferente.”¹⁴⁴

Es el que provoca un error que no interviene en la integración del acto jurídico, es decir es un error indiferente sin gran importancia, que aunque se conociera desde antes de la celebración del contrato, dicho contrato se hubiera celebrado, porque no altera su esencia, ni afecta la validez del acto celebrado y solo presenta un ajuste o modificación de lo convenido o en algún momento una indemnización.

c).-Dolo bueno.- “o *dolos bonus* consiste en las exageraciones evidentes que a modo de propaganda o reclamo se efectúan para la recomendación de algún objeto o de los servicios de alguna persona, ponderación excesiva que no entraña engaño alguno”¹⁴⁵

Este dolo es el que se puede encontrar en los comerciantes que exageran la utilidad o características de sus objetos para interesar al cliente, no afecta la validez del contrato o acto jurídico porque no interviene en su integración, lo cual regula el artículo 1821 del Código Civil Federal.

¹⁴³ Sánchez Medel, Ramón. De los Contratos Cíviles. Vigésima edición. Ed. Porrúa. México, 2004. p. 57.

¹⁴⁴ Loc. cit.

¹⁴⁵ Bejarano Sánchez, Manuel. Ob. cit. p. 79.

“Artículo 1821.- Las consideraciones generales que los contratantes expusieron sobre los provechos y perjuicios que naturalmente pueden resultar de la celebración o no celebración del contrato, y que no imponen engaño o amenaza alguna de las partes, no serán tomadas en cuenta al calificar el dolo o la violencia.”

d).- Dolo malo.- En la doctrina no existe un concepto exacto, sin embargo es lógico pensar que se equipara o es sinónimo del dolo principal y que es todo lo contrario del dolo bueno, así puedo señalar que este tipo de dolo es aquel que se realiza con toda la intención de provocar un error en las partes que celebran un acto jurídico, es decir se pretende dañar o engañar, provocando la nulidad relativa del contrato, permite exigir pago de daños y perjuicios.

e).- Dolo recíproco.- Es el que se presenta cuando ambas partes que intervienen en un acto jurídico proceden con dolo, es decir ambas partes actúan de tal forma que provocan el error del otro, en este caso ninguna de las partes puede alegar nulidad, ni reclamar indemnización, y así lo determina el siguiente artículo del Código Civil Federal:

“Artículo 1817.- Si ambas partes proceden con dolo, ninguna de ellas puede alegar la nulidad del acto o reclamarse indemnizaciones.”

Como se desprende de lo antes citado, el único dolo que origina un error sobre el motivo o fin determinante de la voluntad y que provoca la nulidad del contrato, es el dolo malo o dolo principal.

El dolo es una conducta activa porque se constituye por las sugerencias o artificios empleados para inducir o mantener el error; y la mala fe es una conducta pasiva porque en ella solo se abstiene de sacar del error a la persona; diversos tratadistas como Bejarano Sánchez y Rojina Villegas coinciden en decir que estos dos elementos no son vicio de la voluntad, sino formas de inducir, mantener o disimular el error padecido por la otra parte y dicho error al que se induce debe ser determinante del acto jurídico.

Es menester señalar a la mala fe, definida por la ley como la disimulación del error de uno de los contratantes una vez conocido, concepto que también se desprende del citado artículo 1815.

"Artículo 1815.- Se entiende por dolo en los contratos, cualquiera sugestión o artificio que se emplee para inducir a error o mantener en él a alguno de los contratantes; y por mala fe, la disimulación del error de uno de los contratantes, una vez conocido."

Ambas conductas son ilícitas y anulan el contrato, así lo establece el precepto siguiente:

"Artículo 1816.- El dolo o mala fe de una de las partes y el dolo que proviene de un tercero, sabiéndolo aquélla, anulan el contrato si ha sido la causa determinante de este acto jurídico."

La violencia es definida en el artículo del Código Civil Federal, que a continuación se refiere:

"Artículo 1819.- Hay violencia cuando se emplea fuerza física o amenazas que importen peligro de perder la vida, la honra, la libertad, la salud, o una parte considerable de los bienes del contratante, de su cónyuge, de sus ascendientes, de sus descendientes o de sus parientes colaterales dentro del segundo grado."

La violencia puede ser física cuando se emplea algún medio de coacción, ya sean golpes propinados en alguna parte del cuerpo o con algún objeto o artefacto y la moral serán las amenazas sobre una persona o su familia, que propicien el debilitamiento del ánimo, el temor o el desconcierto de la persona.

La violencia sea física o moral propicia la nulidad relativa del acto jurídico según el precepto siguiente:

"Artículo 2228.- La falta de forma establecida por la ley, si no se trata de actos solemnes, así como el error, el dolo, la violencia, la lesión, y la incapacidad de cualquiera de los autores del acto, produce la nulidad relativa del mismo."

Por último se tiene a la lesión la cual es definida "en un sentido amplio como el perjuicio que en un contrato conmutativo experimenta una parte que recibe una prestación muy inferior a la que ella a su vez proporciona a la otra parte. . . La lesión en su sentido estricto o restringido es la causa de invalidez total o parcial de un contrato conmutativo."¹⁴⁶

¹⁴⁶ Sánchez Medal, Ramón. De los Contratos Civiles. Vigésima edición. Ed. Porrúa. México, 2004. pp. 61, 62.

La lesión es considerada como la desproporción de las cosas en un negocio jurídico, es decir que se presenta en un contrato cuando una de las partes obtiene un beneficio y la otra un perjuicio total y absolutamente desproporcionados, es decir que las prestaciones entre las partes son exageradamente desiguales, implicando un gran perjuicio para una de ellas.

Se considera que la lesión sólo se presenta en los contratos conmutativos, y que está conformada por dos elementos:

a).- "Elemento psicológico: Este es de naturaleza subjetiva y consiste en aprovecharse del estado de inexperiencia, necesidad, miseria o ignorancia de un contratante para obtener una ventaja desproporcionada.

b).- Elemento material: Es de carácter objetivo y consiste en la desproporción del valor de las prestaciones que intercambian los contratantes."¹⁴⁷

Es causa de invalidez total o parcial de los contratos como lo regula el artículo 17 del Código Civil Federal:

"Artículo 17.- Cuando alguno, explotando la suma ignorancia, notoria inexperiencia o extrema miseria de otro; obtiene un lucro excesivo que sea evidentemente desproporcionado a lo que él por su parte se obliga, el perjudicado tiene derecho a elegir entre pedir la nulidad del contrato o la reducción equitativa de su obligación, más el pago de los correspondientes daños y perjuicios.

El derecho concedido en este artículo dura un año."

En materia mercantil diversos tratadistas señalan que la lesión no es aplicable en los contratos mercantiles porque es más común encontrarla en contratos conmutativos como el arrendamiento, pues implica una desproporción de las prestaciones pactadas entre las partes de un negocio jurídico, también en los onerosos pero que no estén sujetos a condición alguna, el Código de Comercio en su artículo 385 regula la figura de la lesión y su inaplicabilidad en éste campo:

¹⁴⁷ Martínez Alfaro, Joaquín. Teoría de las Obligaciones. Octava edición. Ed. Porrúa. México, 2001. pp. 108, 109.

“Artículo 385.- Las ventas mercantiles no se rescindirán por causa de lesión; pero al perjudicado además de la acción criminal que le compete, le asistirá la de daños y perjuicios contra el contratante que hubiese procedido con dolo o malicia en el contrato o en su cumplimiento.”

En específico por lo que hace al contrato de seguro la lesión no se presenta como vicio de la voluntad, porque aquí el contrato está supeditado a una condición, es decir se paga una prima por determinado tiempo, y se obtiene una indemnización o una suma asegurada en el momento en que se cumple la condición, es decir en el momento en que se presenta el siniestro, por lo que no hay explotación de ignorancia o de inexperiencia de una parte para con la otra, o aprovechamiento de la extrema miseria de alguna de las partes, para obtener un lucro excesivo, que sea desproporcionado, es decir no existe ese exagerado beneficio para una de las partes, ni gran perjuicio para la otra, porque en el contrato de seguro de vida se pacta desde un principio el monto de la suma asegurada con la condición de ser entregada en el momento en que ocurra el siniestro, a cambio del pago de una cantidad previamente pactada.

En el contrato de seguro de vida, vemos que muy a menudo se presenta como vicio de la voluntad el dolo o la mala fe con que actúa en especial el asegurado, o contratante al realizar falsas u omisas declaraciones, haciendo caer al asegurador en un error, que tiene determinadas consecuencias que más adelante serán examinadas, a la luz de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

3.3.4 OBJETO, MOTIVO, FIN LÍCITOS.

Otro requisito de validez de los contratos es el objeto, motivo o fin lícitos; entendiendo en este caso y para los efectos de éste tema que:

a).- El objeto es la obligación que se adquiere al celebrar un acto jurídico,

b).- El motivo es el propósito o razones que se tienen para querer contratar, es decir el porqué se quiere celebrar el acto, y

c).- El fin será el resultado que se pretende conseguir con la celebración del negocio jurídico.

Pero además ese objeto, motivo y fin deben ser lícitos, es decir estar de acuerdo con las leyes del orden público y las buenas costumbres, lo que se desprende interpretando a contrario sensu los artículos 1830 y 1831 del Código Civil Federal.

“Artículo 1830.- Es ilícito 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.”

La ilicitud no se refiere a las cosas que son el objeto del contrato, sino a la conducta de las partes de ese acto jurídico, es decir no se trata de que la cosa sea lícita o ilícita, sino que el actuar de las partes esté apegado en todo momento a las leyes de orden público y a las buenas costumbres.

Las leyes de orden público son “aquellas cuya observancia se impone aún en contra de la voluntad de los particulares, a diferencia de las leyes supletorias de la voluntad que pueden dejar de observarse.”¹⁴⁸

Esto es que si bien los particulares tienen libertad para contratar o celebrar cualquier acto jurídico posible, deben hacerlo ajustado a lo que ordena la ley, siguiendo y respetando todas y cada una de las normas que conforma el sistema jurídico, éstas normas no quedan al arbitrio del particular, son imperativas y preceptivas, esto es que todos estamos obligados a cumplirlas, no son renunciables.

Las buenas costumbres son “el conjunto de hábitos, prácticas o inclinaciones observadas por un grupo humano en un lugar y momento determinados y, a las cuales, deberá atender el juzgador para sancionar o no, un acto como ilícito.”¹⁴⁹

¹⁴⁸ Martínez Alfaro, Joaquín. Ob. cit. p. 123.

¹⁴⁹ Gutiérrez y González, Ernesto. Ob. cit. p. 347.

Las buenas costumbres son propias de los lugares donde el individuo se encuentre, por lo que pueden variar de un lugar a otro y de un tiempo a otro, pero en general se aplican para conservar y mediar la conducta de los individuos en la sociedad, es decir va a ser un conjunto de normas que definen a un grupo de personas que vive en determinada sociedad y que son aceptadas por todos los de ese grupo, el incumplimiento a ellas no sólo tiene como consecuencia una sanción jurídica como sería en este caso, sino el rechazo de ese grupo social.

La conducta ilícita cometida tiene una sanción, que será la nulidad del acto jurídico celebrado, lo que se encuentra en el artículo 8 del Código Civil Federal:

“Artículo 8.- Los actos ejecutados contra el tenor de las leyes prohibitivas o de interés público serán nulos, excepto en los casos en que la ley ordene lo contrario.”

Aplicando lo anterior al contrato de seguro de vida se tiene que:

- a).- El objeto del contrato, es decir la obligación que se adquiere al celebrarlo será por una parte el contratante o asegurador tendrá que pagar una cantidad de dinero por concepto de prima y por la otra la Empresa Aseguradora tendrá que entregar al beneficiario una suma de dinero al presentarse la eventualidad asegurada.
- b).- El motivo, es decir el propósito para contratar, será el quedar asegurado para que en caso que se presente la muerte, dejar a una persona determinada esto es beneficiario, una cantidad de dinero.
- c).- El fin, es decir el resultado del negocio jurídico es precisamente que a la muerte del asegurado, su beneficiario obtendrá una suma de dinero para ser utilizada por éste.

La celebración del contrato tiene que ir de acuerdo a las leyes de orden público, esto es que se tiene que contratar siguiendo lo estipulado en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y en algún caso en específico atendiendo a las leyes supletorias; sin perder de vista que la finalidad del contratante también debe apegarse a dichas leyes y a las buenas costumbres, es decir no se puede contratar algo que esté fuera de la ley, por ejemplo contratar un seguro de vida para una

persona muerta, esto es contrario a la ley, porque así se encuentra regulado en el artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, también es contrario a las buenas costumbres, pues nadie hace contratos sobre una persona muerta, también el motivo por el que se contrata es ilícito porque se hace a sabiendas que es contrario a la ley y con la finalidad de llegar a un resultado, que será cometer un fraude, y poder ganar alguna cantidad de dinero, pero ésta conducta tiene como consecuencia la nulidad de dicho acto, figura que se estudiará en el siguiente tema.

3.4 NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

Para abordar éste tema primeramente se debe analizar que es la nulidad, que se entiende por nulidad absoluta, relativa, procesal, que es el acto nulo y cual el acto anulable, temas que serán abordados de manera sintética y con el único objetivo de entender lo que es la nulidad y las causas que existen en el contrato de seguro de vida para que ésta se presente.

Por lo que comenzaré por definir el concepto de nulidad.

3.4.1 CONCEPTO

“La Nulidad en su aspecto civil, es la sanción inherente a todo acto jurídico celebrado sin observar las reglas establecidas por la ley, para asegurar la defensa del interés general, o para expresar la protección de un interés privado”¹⁵⁰

¹⁵⁰ Lutzesco, Georges. Teoría y Práctica de las Nulidades. Novena edición. Reimpresión. Ed. Porrúa. México, 2000, p. 361.

Otra definición señala: "Hay nulidad cuando el acto jurídico se ha realizado de manera imperfecta en un de sus elementos orgánicos aunque éstos, se presentan completos.(Teoría de Bonnecase)."¹⁵¹

"Teoría Clásica: A diferencia del acto inexistente, el acto nulo reúne las condiciones esenciales para la existencia de todo acto jurídico, pero se encuentra privado de efectos por la ley."¹⁵²

En la doctrina se encuentran diversos conceptos que son consecuencia del estudio y de la apreciación particular de los tratadistas y por ello, mientras para algunos la nulidad es una sanción o represalia, para otros es sólo una consecuencia del actuar irregular de una de las partes.

De lo anterior puedo concluir que la nulidad se presenta en un acto jurídico que cuenta con sus elementos esenciales (consentimiento y objeto), pero le falta un elemento de validez o se presenta la concurrencia de algún vicio de la voluntad (violencia, lesión, mala fe, dolo y error), el acto afectado de nulidad produce efectos jurídicos los cuales pueden ser destruidos retroactivamente o subsanarse dependiendo del tipo de irregularidad de que se trate, la mayoría de los tratadistas coinciden en que hay dos tipos de nulidad: la nulidad relativa y la nulidad absoluta, las cuales estudiaré en páginas posteriores.

El Código Civil Federal no define a la nulidad, sólo hace mención de ella de la siguiente forma:

"Artículo 2225.- La ilicitud en el objeto, en el fin o en la condición del acto produce su nulidad, ya absoluta, ya relativa, según lo disponga la ley."

Por lo tanto y de manera general se puede expresar que el contrato de seguro de vida, será nulo si en el momento previo a su constitución falta alguno de sus elementos de validez, o alguno de esos elementos está viciado, ya sea que no exista la edad legal en el contratante del seguro o éste se conduzca con dolo y mala fe en el momento de emitir sus declaraciones que sirven de base para determinar el monto de la prima y suma asegurada, incluso la Ley Sobre el

¹⁵¹ Gutiérrez y González, Ernesto. Ob. cit. p. 194.

¹⁵² Borja Soriano, Manuel. Ob. cit. p. 95

Contrato de Seguro, prevé la Nulidad del contrato en determinadas circunstancias, que más adelante se explican.

3.4.2 NATURALEZA JURÍDICA.

Es difícil obtener de la investigación realizada un concepto de naturaleza jurídica de la nulidad, porque existen diversas teorías que tratan de explicarla y no es tema de éste trabajo abordar todas y cada una de esas teorías, por lo que sólo mencionaré algunos datos concernientes a su naturaleza.

“La teoría clásica señala que la nulidad es considerada como cierto estado del acto. . . El acto, tomado en sí mismo, prácticamente no existe. Lo que existe realmente, son efectos jurídicos. La única forma bajo la cual puede objetivamente existir una diferencia entre un estado de validez y un estado de invalidez es que, en el primer caso habrá entera producción de efectos, y, en el segundo, ausencia de un mayor o menor número de efectos”.¹⁵³

“En la nulidad el acto jurídico existe por cuanto tiene todos sus elementos esenciales, pero algunos de ellos padecen de un vicio que les resta dicha validez. Este vicio puede ser interno, originando la nulidad relativa, o externo motivando la absoluta.

La nulidad no debe ser confundida con la Inexistencia pues en ésta faltan los elementos esenciales y por el contrario en la nulidad sí se cuenta con sus elementos esenciales pero le faltan los elementos de validez que como ya dijimos son la forma, la capacidad, la ausencia de vicios de la voluntad.”¹⁵⁴

A estos elementos algunos tratadistas añaden el fin, objeto, motivo y condición del acto jurídico que deben presentar como característica el ser lícitos.

¹⁵³ Borja Soriano, Manuel. Ob. cit. p. 102.

¹⁵⁴ Cfr. Rojina Villegas, Rafael. Ob. cit. pp. 127-134.

Como se puede apreciar no existe en la doctrina un concepto uniforme que permita establecer la naturaleza jurídica de la nulidad, sin embargo tomando en cuenta las diversas teorías, opino que la nulidad es una forma de sanción aplicada a un acto jurídico que presenta una irregularidad en su integración, dicha sanción afecta a una de las partes del contrato, debe ser declarada por un juez, los efectos jurídicos que produzca serán o no destruidos retroactivamente en el momento de ser declarada, y señalo que pueden o no ser destruidos porque existe la subsanación del vicio cometido, si éste es permitido por la ley, y ya se verá en que tipo de nulidad se aplicaría tal situación.

Es de tomarse en cuenta el artículo 1795 del Código Civil Federal, que regula la invalidez del contrato, porque de dicho artículo se desprende que regula los elementos de validez del acto jurídico, que al estar viciados provocan la nulidad, por lo que a continuación lo transcribo por ser aplicable de manera general al tema de que se trata:

“Artículo 1795.- El contrato puede ser invalidado:

I.- Por incapacidad legal de las partes o de una de ellas;

II.- Por vicios del consentimiento;

III.- Porque su objeto, o su motivo o fin sea ilícito;

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

3.4.3 NULIDAD ABSOLUTA.

3.4.3.1 CONCEPTO.

“Esta nulidad reposa sobre el supuesto de la violación a una regla de orden público, y al decir de Bonnacase difiere de la tesis clásica en que no se asimila a la inexistencia, sino por el contrario, permite al acto, producir todos sus efectos mientras no es destruido.”¹⁵⁵

¹⁵⁵ Gutiérrez y González, Ernesto. Ob. cit. p. 195.

“La nulidad absoluta es la sanción destinada a condenar todo cuanto se haya ejecutado contrariando al interés general, . . . El acto contrario a la ley o a su espíritu no debe producir ningún efecto jurídico. Este es el principio fundamental de la teoría de las nulidades absolutas.”¹⁵⁶

La nulidad absoluta es una sanción que se presenta en un acto jurídico en el que alguno de sus elementos de validez viola una ley de orden público o es contrario a derecho, es decir está ocasionada generalmente por la ilicitud, produce efectos jurídicos provisionales y tendrá como consecuencia la destrucción de los mismos en el momento en que sea declarada por un juez.

A este respecto cabe mencionar lo que se establece el artículo 8 del Código Civil Federal:

“Artículo 8.- Los actos ejecutados contra el tenor de las leyes prohibitivas o de interés público serán nulos, excepto en los casos en que la ley ordene lo contrario.”

Esta nulidad está ocasionada por la ilicitud, que ya quedó explicada en un apartado anterior y la cual es conceptualizada por el citado código de la siguiente manera:

“Artículo 1830.- Es ilícito el hecho que es contrario a las leyes de orden público o a las buenas costumbres.”

Con estos dos artículos se entiende entonces que un acto o hecho contrario a las leyes de orden público o a las buenas costumbres es considerado ilícito y en ese tenor dicho acto será nulo absoluto.

3.4.3.2 ELEMENTOS QUE INTEGRAN LA NULIDAD ABSOLUTA.

“La nulidad absoluta generalmente produce efectos provisionales; este es un dato común con la nulidad relativa. . . la nulidad absoluta es imprescriptible justamente porque el acto es ilícito;

¹⁵⁶ Lutzesco, Georges. Ob. cit. p. 269.

pero ésta, es una consecuencia contingente, no necesaria. Hay actos ilícitos, cuya acción de nulidad es prescriptible. . . es inconfirmable. También como consecuencia de la ilicitud. . . es concedida a todo interesado jurídicamente; se concede al Ministerio Público y al representante Fiscal. En general esta nulidad tiene las siguientes características:

- 1.- Su causa: la ilicitud.
- 2.- Es Imprescriptible.
- 3.- Es Inconfirmable.
- 4.-Puede ser invocada por cualquier interesado jurídicamente.
- 5.-Generalmente produce efectos, que deben ser destruidos por sentencia.¹⁵⁷

El Código Civil Federal en su artículo 2226 establece las características de la nulidad absoluta:

“Artículo 2226.- La nulidad absoluta por regla general no impide que el acto produzca provisionalmente sus efectos, los cuales serán destruidos retroactivamente cuando se pronuncie por el juez la nulidad. De ella puede prevalerse todo interesado y no desaparece por la confirmación o la prescripción.”

En conclusión la nulidad absoluta en general es causada por la ilicitud, es imprescriptible, porque no se extingue con el paso del tiempo, es inconfirmable porque tampoco existe la manera de que las partes acepten el acto jurídico o realicen alguna acción que pueda subsanar la violación, puede invocarla cualquier persona que tenga interés en el acto jurídico ya sea por vía de acción o por vía de excepción, desde que nace el contrato produce efectos que serán provisionales porque son destruidos retroactivamente al ser declarada por una sentencia judicial, es decir que se debe acudir ante un juez e iniciar el correspondiente juicio para lograr destruir los efectos y que las cosas vuelvan al estado original; para que se origine ésta nulidad se deben presentar todos estos elementos, de lo contrario ya no sería absoluta sino relativa.

La nulidad absoluta puede producirse en el contrato de seguro de vida igual que en todos los contratos, cuando carece de uno de los elementos de validez, pero aquí es de gran importancia resaltar que los autores citados refieren que como causa principal de la nulidad absoluta se encuentra la ilicitud, que se considera como aquel hecho que es contrario a las leyes de orden público, a las buenas costumbres o de un acto prohibitivo; por lo tanto el contrato de seguro de

¹⁵⁷ Cfr. Rojina Villegas, Rafael. Ob. cit. p. 135, 136.

vida debe apegarse a las normas vigentes en materia de seguros, es decir que debe cumplir con los requisitos de todo contrato en general pero con la aplicación de las leyes de la materia, y en específico cumpliendo con los requisitos que se exigen para los contratos de seguro de vida, de lo contrario no se cumple con la ley y el contrato será nulo, por ejemplo podría darse el caso de pretender contratar un seguro de vida para una persona que momentos antes de la celebración fallece, y que la contratación la pretenda hacer un tercero omitiendo el hecho del fallecimiento y llenando por sí mismo los cuestionarios solicitados por el asegurador, en este caso el contrato es nulo, pues al no existir la persona a asegurar, el riesgo ya desapareció y por lo tanto según el artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ese acto es nulo, pero además va en contra de las leyes de orden público, por lo tanto es un tipo de nulidad absoluta, atendiendo a lo descrito en su concepto.

Lo señalado, permite establecer que la nulidad absoluta del contrato de seguro de vida ocurre cuando a éste le falta uno o varios de los elementos de validez (contrario al orden público, interés público o acto prohibitivo), así es posible pensar que celebrar un contrato con una persona incapaz va en contra de lo establecido por la ley, pero más aún celebrar un contrato de seguro para el caso de muerte sobre una persona sujeta a interdicción será nulo, y esa nulidad será absoluta, aplicando las normas de derecho común, adicionalmente como quedó señalado, ésta nulidad se encuentra establecida en el artículo 157 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que analizada a la luz de lo planteado en éste apartado no deja duda de ser considerada una nulidad absoluta, pues la persona sujeta a interdicción es considerado incapaz según se desprende del artículo 450 del Código Civil Federal que regula:

“Artículo 450.- Tienen incapacidad natural y legal:

I.- Los menores de edad; y

II.- Los mayores de edad disminuidos o perturbados en su inteligencia, aunque tengan intervalos lúcidos; y aquellos que padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial o por la adicción a sustancias tóxicas como el alcohol, los psicotrópicos o los estupefacientes; siempre que debido a la limitación, o la alteración en la inteligencia que esto les provoque no puedan gobernarse y obligarse por sí mismos, o manifestar su voluntad por algún medio.

III.- Derogada.

IV.- Derogada.”

La Ley Sobre el Contrato de Seguro no hace ninguna diferencia entre nulidad absoluta y nulidad relativa, simplemente establece en sus artículos la nulidad para diversas circunstancias específicas, debe destacarse que en esta nulidad y en los dos ejemplos anteriores se habla de una nulidad absoluta que produce provisionalmente todos los efectos jurídicos inherentes al contrato, pero que son destruidos al momento en que se declara la nulidad, para ello obviamente en el primer caso, el asegurador debe verificar la muerte de la persona que se pretende asegurar, y en el segundo caso, debe existir la declaración de un juez para que una persona quede sujeta a interdicción, y en base a ello declarar la nulidad del contrato de seguro de vida, de lo contrario no podría establecerse la interdicción de dicha persona, si no media antes para ello una sentencia que así lo ordene.

3.4.4 NULIDAD RELATIVA

3.4.4.1 CONCEPTO.

“La nulidad relativa es toda aquella que no cumpla con las características de la absoluta y tienen sólo como semejanza ambas nulidades, el que una vez declaradas por la autoridad judicial, el acto impugnado es integral y retroactivamente destruido.”¹⁵⁸

Este concepto es un tanto confuso, no existe en la doctrina una definición exacta y uniforme de lo que es la nulidad relativa, pues incluso nuestro Código Civil Federal la conceptualiza por medio de un método de exclusión como lo regula el siguiente artículo:

“Artículo 2227.- La nulidad es relativa cuando no reúne todos los caracteres enumerados en el artículo anterior. Siempre permite que el acto produzca provisionalmente sus efectos.”

¹⁵⁸ Gutiérrez y González Ernesto. Ob. cit. p. 195.

Considero adecuado tomar en consideración sus elementos que la componen, para poder establecer sus diferencias con la nulidad absoluta y así tener un panorama para explicar la nulidad que se presenta en el contrato de seguro de vida.

3.4.4.2 ELEMENTOS QUE INTEGRAN LA NULIDAD RELATIVA

“La nulidad relativa puede presentar la anomalía de tener como causa la ilicitud, y como atributos, varios de la nulidad absoluta, o alguno de ellos, por lo que pasa a ser nulidad relativa . . . La nulidad relativa, podemos decir que además de comprender todos aquellos casos que se originan por un vicio interno en el acto, abarcará aquellos que tenga como causa un vicio externo de ilicitud en el objeto, motivo, fin o condición.

Las características de la nulidad relativa son:

- 1.-Su causa: Vicios internos.
- 2.-Es ratificable.
- 3.-Es prescriptible.
- 4.-La acción corresponde a la parte perjudicada.
- 5.-Produce efectos provisionales.”¹⁵⁹

De este concepto se desprende que esta nulidad también puede ser ocasionada por la ilicitud y que produce efectos provisionales, situación con la que no estoy de acuerdo, ya que ésta nulidad permite subsanar el vicio que aqueja al acto jurídico y en virtud de ello el contrato continúa surtiendo sus efectos sin destruirse, además señalamos que la propia ley define a la ilicitud como un hecho contrario al orden público o a las buenas costumbres, por lo tanto un acto jurídico que nace violando éstas normas no puede ser subsanado, y entonces estaríamos en presencia de una nulidad absoluta, por lo que lo considero una excepción a la regla general y de aplicación muy específica y con fundamento en lo que regula el artículo 2225 del Código Civil Federal antes transcrito y que se concreta en señalar que la ilicitud en el objeto, en el fin o en la condición del acto produce su nulidad, ya absoluta, ya relativa, según lo disponga la ley.

¹⁵⁹ Cfr. Rojina Villegas Rafael. Ob. cit. p. 136, 137.

En conclusión se puede apreciar que la nulidad relativa es ocasionada por la falta de algún elemento de validez, como lo es la forma que exige la ley, la incapacidad de alguna de las partes contratantes, algún vicio del consentimiento (violencia, lesión, mala fe, dolo, error), también produce efectos provisionales que se destruirán o no en el momento en que se declare dicha nulidad, pues siguiendo sus características ésta nulidad es ratificable cuando se den las condiciones para ello, es prescriptible porque sólo puede invocarse durante un determinado tiempo, produce efectos jurídicos mientras no sea invocada y la acción para ejercitarla corresponde solamente a quien le pare perjuicio la falta de alguno de los elementos de validez o incluso la ilicitud, mientras ésta pueda ser subsanada.

No se debe perder de vista que aunque la regla general establece que existe nulidad relativa cuando se trata de incapacidad de alguna de las partes, una persona sujeta a interdicción tiene incapacidad legal y natural, por lo tanto el contrato celebrado por éste será afectado por una nulidad absoluta y tratándose de menores de edad la Ley Sobre el Contrato de Seguro tiene un tratamiento especial, en caso de un seguro de vida contratado sobre un menor de edad que no tenga los doce años cumplidos será nulo, y nuevamente se trata de una nulidad absoluta, por ello es que más adelante se especifican con exactitud los casos que dicha ley considera como nulidad, aunque no hace diferencia alguna entre la absoluta y la relativa.

Con lo anterior se debe entender que la diferencia entre ambas nulidades es mínima y sólo afecta -como diversos tratadistas lo mencionan- en el grado de ineficacia, pues el propio Código Civil Federal, no hace una diferencia tajante entre ambas nulidades.

En este sentido, el contenido de las siguientes tesis jurisprudenciales tratan de explicar las diferencias entre una y otra nulidades:

NULIDAD, EFECTOS DE LA. NO DETERMINAN SU CARACTER ABSOLUTO O RELATIVO. Para establecer si la nulidad es de carácter absoluto o relativo, carece de relevancia que produzca la destrucción total o parcial del acto jurídico correspondiente. En general, la nulidad es absoluta o relativa según las causas que la motiven, pudiendo también distinguirse una de otra en atención a las características o atributos fijados por el legislador para el caso de que se trate (por ejemplo, si el acto es confirmable o prescriptible, o si la acción compete a todo interesado o solamente al contratante). Ahora bien, el efecto de la nulidad es que el acto quede insubsistente, obligando a las partes

a restituirse mutuamente lo que hubiesen recibido, y si bien puede ser total o parcial, dependiendo de si las partes que forman el acto jurídico pueden o no legalmente subsistir separadas, o de la intención de los contratantes al celebrar el acto, de esa circunstancia no cabe desprender el grado absoluto o relativo de la nulidad, porque ello equivale a confundir el efecto con la causa. SEGUNDO TRIBUNAL COLEGIADO DEL DECIMO SEGUNDO CIRCUITO. Amparo directo 94/94. Fiacro Flores Cortés. 6 de junio de 1995. Unanimidad de votos. Ponente: Abraham S. Marcos Valdés. Secretario: José Humberto Robles Arenas. Novena Epoca. Instancia: SEGUNDO TRIBUNAL COLEGIADO DEL DECIMO SEGUNDO CIRCUITO. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo: II, Agosto de 1995. Tesis: XII.2o.4 K. Página: 567.

NULIDAD ABSOLUTA Y RELATIVA. La nulidad absoluta y la relativa se distinguen en que la primera no desaparece por confirmación ni por prescripción; es perpetua y su existencia puede invocarse por todo interesado. La nulidad relativa en cambio no reúne estos caracteres. Sin embargo, en ambas el acto produce provisionalmente sus efectos, los cuales se destruyen retroactivamente cuando los tribunales pronuncian la nulidad. Sexta Epoca: Amparo directo 5526/57. Luis Méndez Vaca y coag. 18 de agosto de 1958. Unanimidad de cuatro votos. Amparo directo 6442/57. María del Refugio Espinosa Burgos. 21 de noviembre de 1958. Cinco votos. Amparo directo 2246/58. Guillermo Freyria. 17 de abril de 1959. Unanimidad de cuatro votos. Amparo directo 2216/58. Porfirio Ramos Romero. 21 de agosto de 1959. Cinco votos. Amparo directo 3932/58. Angeles de Vargas Amalia y coags. 8 de enero de 1960. Cinco votos. Sexta Epoca. Instancia: Tercera Sala. Fuente: Apéndice de 1995. Tomo: Tomo IV, Parte SCJN. Tesis: 292. Página:197.

En este caso ambas tesis señalan para diferenciar una nulidad de otra el aspecto de sus características como son el que la absoluta es imprescriptible, inconfirmable con la posibilidad de ser invocada por cualquier persona interesada, y la relativa es prescriptible, confirmable, y la invoca la persona que se perjudica, y que en ambas el acto produce efectos provisionales que se destruyen retroactivamente al ser declaradas por los tribunales, lo cual tampoco establece con exactitud una definición.

3.4. 5 NULIDAD PROCESAL

Para entender lo que es la nulidad procesal, se debe conocer lo que es la nulidad, tema ya abordado, y que se entiende por procesal, palabra para la cual se expresan los siguientes significados: para el jurista Juan Palomar de Miguel procesal “es un adjetivo que significa perteneciente o relativo al proceso” y proceso significa Acción de ir hacia delante; en Derecho: agregado de los autos y demás escritos en cualquiera causa civil o criminal; Conjunto de actos procesales que se inician con la presentación y admisión de la demanda y terminan cuando concluye por distintas causas admitidas por la ley”¹⁶⁰

Otro significado de la palabra proceso señala que “deriva de *procedere* que significa en una de sus acepciones, avanzar, camino a seguir, trayectoria a recorrer hacia un fin propuesto o determinado. En su significación jurídica consiste en el fenómeno o estado dinámico producido para obtener la aplicación de la ley a un caso concreto y particular. Está constituido por un conjunto de actividades, o sea muchos actos ordenados y consecutivos que realizan los sujetos que en él intervienen, con la finalidad que se ha señalado.”¹⁶¹

Por lo tanto, procesal será aquél conjunto de actividades jurídicas realizadas por las partes en un juicio, es decir los sujetos interesados en el acto y la intervención del Juzgador, con el objeto de resolver alguna controversia suscitada entre dichas partes, aplicando la ley al caso concreto.

Ahora bien, teniendo un concepto de la palabra procesal, se puede entender la siguiente definición de nulidad procesal:

“La nulidad procesal se establece en aras del interés público del debido proceso; puede sanearse cuando la ley lo permita y se dirige a garantizar la seguridad jurídica dentro del proceso, que no puede estar sujeto en su sustanciación al interés de los particulares.”¹⁶²

¹⁶⁰ Palomar de Miguel Juan. Ob. cit. Tomo II. p. 1252.

¹⁶¹ Enciclopedia Jurídica Omeba. Tomo XXIII. Ed. Driskill. Buenos Aires, 1986. pp. 291, 292.

¹⁶² Moreno Sánchez, Gabriel. La Nulidad Procesal. Ed. Oxford. México, 2000. p. 261.

La nulidad procesal se produce cuando el acto procesal carece de alguno o de algunos de los requisitos esenciales que la ley exige para su constitución o cuando no existe su presupuesto legal y por ende es ineficaz para producir los efectos jurídicos que se desean o sólo los produce parcialmente.

El acto nulo procesal es aquél que no se realiza conforme a los preceptos legales que lo rigen, es decir es nulo porque se violó una norma procesal y esa nulidad es consecuencia de la violación cometida, por lo tanto la nulidad en este caso es una sanción que asegura la observancia de la ley y por lo mismo garantiza el desarrollo normal del procedimiento.

La nulidad procesal entonces, será la aplicación de lo establecido en la ley a un acto concreto que se presenta durante un procedimiento, y tendrá ciertas diferencias dependiendo de la materia de que se trate, sin embargo como regla general se puede mencionar que las causas de dicha nulidad son las siguientes:

- 1.- Inobservancia o defecto de las formas esenciales imperativamente señaladas por la Ley.
- 2.- Daño que implique dejar sin defensas al afectado.
- 3.- Ilícitud en el objeto del acto procesal que implique simulación o fraude a la ley.
- 4.- Falta de legitimación de una de las partes en el juicio, aunque la otra la tenga.
- 5.- Falta de competencia o de jurisdicción del órgano juzgador.
- 6.- Falta o defecto de notificación legal de las actuaciones anteriores.
- 7.- Ignorancia manifiesta, error, intimidación o incapacidad en el sujeto procesal.
- 8.- Contradicción fehaciente entre la voluntad real y la voluntad exteriorizada, aunque en lo procesal ésta tiene prevalencia clara sobre aquélla.
- 9.- Ausencia de representación judicial exigida por la ley.
- 10.- Desobediencia de la suspensión o interrupción del proceso, o de los términos señalados para la realización de un acto, mandados por la ley o decretados por el juzgador (de ahí las frases forenses "no ha lugar a tener por presentado el escrito" o "se tiene por no practicada la diligencia", o incluso "devuélvase al ocursoante el documento de cuenta", en los casos de ofrecimiento de pruebas fuera del término legal.

11.- En casos diferentes de los anteriores, el señalamiento expreso de la ley regidora del acto, sin que deba perderse la generalidad de la norma sancionadora para aplicarla de manera extensiva.

12.- Tramitación de la controversia en vía especial cuando legalmente corresponde la ordinaria; éste comprende tanto a las principales (juicio), como a las accesorias (incidentes).¹⁶³

En materia de seguros son aplicables como regla general las anteriores causales de la nulidad procesal, y como regla particular las establecidas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, mismas que serán abordadas en el siguiente capítulo.

De lo anterior se pueden establecer como características de la nulidad procesal las siguientes:

- a).- No existe de pleno derecho, forzosamente debe ser declarada por un juez,
- b).- Tiene como objeto preservar la seguridad jurídica en las controversias jurisdiccionales,
- c).- Produce efectos provisionales y en algunas ocasiones definitivos cuando no es demandada y declarada en sentencia judicial, en este caso puede decirse que es una irregularidad del acto procesal que puede ser subsanado siempre y cuando la ley lo permita.
- d).- Con respecto a sus efectos jurídicos, estos se vinculan a las partes del procedimiento, pueden reconocerle valor pleno al acto afectado de nulidad, cuando lo permita el juzgador, sin embargo en múltiples ocasiones la falta de impugnación del acto puede ocasionar que adquiera pleno valor.
- e).- Se presenta generalmente ante una violación grave de la ley procesal, pero no siempre que exista una irregularidad en un juicio se va a declarar la nulidad, sin embargo puede presentarse no sólo ante esa inobservancia de la ley, sino también ante una irregularidad en el objeto del acto, o la voluntad de las partes.

¹⁶³ Moreno Sánchez, Gabriel. Ob. cit. p. 239, 240.

f).- Se puede demandar su declaración cuando se afecten tanto intereses particulares como de interés público y del interés que se afecte depende que sea o no subsanable, lo cual lo establecerá el juzgador tomando en cuenta el grado de afectación provocado por el acto procesal, sin que exista una regla general para la aplicación de la sanción.

g).- La intensidad, forma y alcance de la nulidad depende en mucho de la materia de que se trate, pues se tiene que tomar en cuenta a las personas y/o bienes que se perjudican, el objeto materia del acto procesal, y las leyes aplicables en cada caso concreto.

No existe en la doctrina uniformidad para explicar éste tema, ni un concepto exacto del mismo por ello hago referencia a la siguiente teoría de manera muy general que también trata de explicar a la nulidad procesal y con la que algunos tratadistas están de acuerdo.

Las nulidades procesales pueden clasificarse desde cuatro puntos de vista:

a).- El primero atendiendo a la gravedad de la violación procesal del que pueden resultar nulidades absolutas o nulidades relativas.

b).- El segundo atiende a la manera de declararlas las hay de pleno derecho y otras por declaración judicial.

c).- El tercero por su enlace dentro del procedimiento pueden ser originales o derivadas.

d).- El cuarto por la forma en que la ley las establece implícitas o explícitas.

A continuación se explican brevemente cada una de ellas:

a).- Las nulidades procesales absolutas son aquellas que se derivan o provienen de actos inexistentes no producen efecto alguno, no pueden ser convalidadas ni por preclusión del derecho para impugnarla, ni por conformidad de las partes y no puede como en el derecho civil convalidarse porque el procedimiento es de orden público, la nulidad absoluta tiene como origen una violación a la norma procesal de suma gravedad que debe privarla de todo efecto jurídico, a

manera de ejemplo citaríamos una actuación que se realiza en día y hora inhábil, la violación es tan grave porque en los días y horas inhábiles no está constituido el Tribunal, por lo mismo, no es un acto jurisdiccional, aclarando que se trata de una actuación diversa a una notificación, pues en ésta se puede solicitar la autorización para practicarse en día y hora inhábil después de cumplir con los requisitos establecidos por la ley procesal.

En cambio en la nulidad procesal relativa, el acto afectado de ésta surte sus efectos en tanto el Juez no decreta la nulidad y es posible su convalidación de pleno derecho en el caso de que los interesados no la hagan valer en tiempo y forma, de ésta manera de no ejercitarse el derecho de combatir la nulidad relativa se está dando un consentimiento tácito por no haber ejercitado la acción de nulidad y opera así por ministerio de ley la convalidación del acto.

b).- Por otra parte, las nulidades procesales que requieren de declaratoria judicial, son aquellas en que mientras la autoridad judicial no determine la nulidad, ésta sigue produciendo sus efectos e indudablemente que para que se produzca la mencionada declaración judicial debe ser a excitativa de las partes, pues de lo contrario estaríamos en presencia de las nulidades procesales de oficio que no se contemplan en nuestra legislación.

Las denominadas nulidades procesales de pleno derecho son aquellas que declara el juez sin que medie petición de parte, como por ejemplo la que versa sobre lo actuado ante juez incompetente, al llegar la demanda ante el Tribunal el Juez determina su incompetencia y así lo hace saber a las partes del juicio.

c).- Por nulidades procesales originales y derivadas se entiende en el primer caso aquellas que tienen su origen en el acto mismo, es decir en sus condiciones intrínsecas ya sea porque le falten solemnidades esenciales como puede ser la falta de protesta de decir verdad que se omita hacerlo a un testigo; y las derivadas son aquellas que resultan de la nulidad de actuaciones anteriores, es decir la declaración de un testigo pudiera procesalmente ser nula porque esa prueba es producto de un ofrecimiento probatorio de una de las partes que adolece de un vicio que ha determinado su nulidad, al decretarse la nulidad del ofrecimiento deriva en la nulidad del desahogo de la prueba testimonial.

d).- Por último las nulidades implícitas serán aquellas que se desprenden del sentido general de la ley procesal que se está aplicando, es decir será nula procesalmente hablando cualquier actuación mercantil que se siga bajo las normas del procedimiento ordinario civil sin que opere la supletoriedad,

e).- Será nulidad procesal explícita la que deriva de la infracción expresa de un texto legal, a vía de ejemplo tenemos aquel de que a pesar de no cumplirse con los requisitos que señala el artículo 1055 del Código de Comercio para los juicios ordinarios, como son la falta de escritura de los ocurso en idioma español o la correspondiente traducción de los redactados en idioma extranjero etc., se siga el juicio a pesar de no haberse dado cumplimiento a las disposiciones explícitas contenidas en dicho artículo.

En mi opinión, la nulidad procesal se presenta en un acto dentro de un proceso que se encuentra afectado de una irregularidad contraria a la ley, es decir que dicho acto origina una violación a la ley procesal, que cuenta con características propias y la cual debe dividirse solo en absoluta y relativa, dependiendo de que si es subsanable será relativa de lo contrario si no lo es será absoluta.

En conclusión, puedo afirmar que al contrato de seguro de vida que es la materia de ésta tesis, le pueden ocurrir todos los casos de nulidad absoluta, nulidad relativa y nulidad procesal que pueden darse en cualquier otro contrato regulado por el derecho positivo mexicano y la única diferencia, la darán las características específicas del propio contrato de seguro de vida como es su naturaleza, objeto, finalidad y cualidades de las partes.

3.4.6 ACTO NULO.

De este tema manejaré el concepto, pues no es materia del presente trabajo hacer una explicación completa de los actos nulos, ya que para el tema central sólo aplicaré las figuras de la nulidad y la rescisión.

Sin embargo, a continuación se presentan dos conceptos para entender que son los actos nulos:

“Los actos nulos son aquellos que por adolecer de vicios o defectos de forma o de fondo, originan o pueden determinar la nulidad en términos jurídicos.”¹⁶⁴

“Acto nulo. No hay momento alguno en el que los efectos del acto nulo de pleno derecho puedan producirse ... y no hay necesidad de ejercitar propiamente hablando, una acción de nulidad... Sin embargo, si una controversia se suscita sobre la validez del acto, de manera que la nulidad se ponga en duda, será necesario litigar, porque ninguno puede hacerse justicia a si mismo, pero el juez se limitara a comprobar la nulidad, no tendrá que decretarla.”¹⁶⁵

Como se ha señalado no hay en la doctrina un criterio uniforme para conceptuar tales temas, pues hay quien señala que los actos nulos deben dividirse en nulos relativos y nulos absolutos, y así hablar de nulidad absoluta y nulidad relativa, en mi opinión un acto nulo es aquél que existe, es decir nace con sus elementos esenciales, pero no produce efectos jurídicos, lo prevé la ley y no es necesaria su declaración por un juez, aunque la Suprema Corte de Justicia de la Nación en tesis aisladas y jurisprudencia ha establecido que no existe la nulidad de pleno derecho, en éste caso no habría la necesidad de acudir al Tribunal porque no se alega sobre si procede o no la nulidad, aquí la nulidad se presenta porque falta un elemento de validez del acto y por lo tanto como lo señala el concepto anterior solo se tendría que comprobar dicha nulidad, porque incluso la hipótesis del acto jurídico se encuentra establecida en la ley por lo que sólo tendría que ser revisada y comprobar que se presenta la nulidad, con lo que el acto no produciría efecto alguno.

¹⁶⁴ Palomar de Miguel, Juan. Ob. cit. Tomo I. p. 38.

¹⁶⁵ Borja Soriano Manuel. Ob. cit. p. 96.

3.4.8 ACTO ANULABLE.

Al igual que en el anterior apartado sólo señalaré dos conceptos de acto anulable.

“Actos anulables: Los que adolecen de anulabilidad. Los susceptibles de nulidad.

Anulabilidad: Calidad de anulable. Condición de los actos o negocios jurídicos que pueden ser declarados nulos e ineficaces por existir en su constitución un vicio o defecto capaz de producir tal resultado.”¹⁶⁶

“El acto jurídico anulable, en tanto que no ha sido anulado por una decisión judicial, produce sus efectos. Y sin embargo, esos efectos no se producen sino provisionalmente, porque la sentencia judicial, que pronuncie la nulidad obrara con efecto retroactivo al día del acto y, por consiguiente, todos los efectos producidos se consideraran como no afectados. Así, pues, el juez debe necesariamente intervenir para pronunciar la nulidad del acto anulable.”¹⁶⁷

El acto anulable es aquél que presenta una irregularidad o defecto en sus elementos de validez, es susceptible de que se declare su nulidad, la cual debe ser pronunciada por un juez, producirá efectos provisionales que serán destruidos retroactivamente o no, es decir será un acto susceptible de estar afectado por una nulidad absoluta o una relativa.

3.5 RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA

Como se realizó en el tema de la nulidad, primero analizaré que es la rescisión, y su naturaleza jurídica, así como las causas de dicha rescisión, para después aplicar esas normas del derecho

¹⁶⁶ Palomar de Miguel, Juan. Ob. cit. pp. 39, 102.

¹⁶⁷ Borja Soriano, Manuel. Ob. cit. p. 96.

común al contrato de seguro de vida y entender en que casos se presenta la rescisión de este concepto.

3.5.1 CONCEPTO

“La rescisión es la resolución de un contrato bilateral plenamente válido (u otro acto que engendre prestaciones recíprocas). Es una facultad concedida en todo contrato sinalagmático al acreedor de una obligación incumplida; al obtener la resolución del contrato se libera de sus propias obligaciones. Se distingue de la nulidad en razón de que esta es provocada por un vicio de origen.

La rescisión extingue un contrato bilateral válido que no ha sido cumplido por una de las partes . . . debe ser pronunciada por el juez a menos que se hubiere estipulado expresamente y reglamentado por las partes la cláusula rescisoria automática, caso en el cual su voluntad crea la norma que surte plenos efectos sino contraviene disposiciones de orden publico o derechos de terceros.”¹⁶⁸

“La rescisión o resolución es una causa de terminación del contrato que se ha celebrado válidamente y ha empezado a producir sus efectos, puede dejar de producir estos o extinguirse estos mismos a consecuencia de hechos o acontecimientos posteriores a dicha celebración . . . La norma general para este modo de terminación de contrato es que la parte perjudicada que quiera resolverlo por incumplimiento de la otra, debe promover el juicio correspondiente ante la autoridad judicial y que, por tanto, dicha resolución no opera de pleno derecho.”¹⁶⁹

Otra definición se tiene en voz del maestro Ernesto Gutiérrez y González el cual presenta un concepto diferente a los anteriores, señala después de analizar diversos factores -aspectos de lo cual hace un amplio análisis en su obra- que la rescisión no necesita ser declarada por un juez y

¹⁶⁸ Bejarano Sánchez, Manuel. Ob. cit. pp. 307, 311.

¹⁶⁹ Cfr. Sánchez Medal, Ramón. Ob. cit. pp. 126,128,129.

señala que a la rescisión también se le conoce con el nombre de pacto comisorio y así tenemos que el concepto que expresa es el siguiente:

“La rescisión es un acto jurídico unilateral, por el cual se le pone fin, salvo que la ley lo prohíba, de pleno derecho *‘Ipsa Iure’* -sin necesidad de declaración judicial- a otro acto, bilateral, plenamente válido, por incumplimiento culpable, en este, imputable a una de las partes. . . A la rescisión también se le conoce con el nombre de pacto comisorio.”¹⁷⁰

El artículo 1949 del Código Civil Federal dispone el principio de la rescisión.

“Artículo 1949.- La facultad de resolver las obligaciones se entiende implícita en las recíprocas, para el caso de que uno de los obligados no cumpliera lo que le incumbe.

El perjudicado podrá escoger entre exigir el cumplimiento o la resolución de la obligación, con el resarcimiento de daños y perjuicios en ambos casos. También podrá pedir la resolución aun después de haber optado por el cumplimiento, cuando éste resultare imposible.”

Diversos tratadistas señalan que en este artículo se encuentra prevista la cláusula rescisoria o pacto comisorio, que no es otra cosa que el hecho de que en el contrato se pacte una cláusula expresa que prevea la rescisión automática, es decir sin necesidad de declaración judicial, aun cuando en la práctica exista tal cláusula, las partes recurren a la autoridad judicial para que declare la rescisión del contrato.

Así como en la doctrina se establece que la cláusula o pacto comisorio opera automáticamente, también la jurisprudencia lo señala, pero indicando en que caso se puede presentar la aplicación automática y en cual se debe acudir al Tribunal para que sea declarada, esto se encuentra razonado en la siguiente tesis de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

“PACTO COMISORIO. RESCISIÓN DE LOS CONTRATOS. El pacto comisorio expreso es legítimo y en virtud de él el contrato se resuélvase automáticamente, por el solo efecto del incumplimiento, y sin intervención de los tribunales. El artículo 1949 del Código Civil consagra el principio de que los contratos sinalagmáticos son rescindibles si una de las partes no cumple su obligación. Nada más justo que esta regla; cuando dos personas se comprometen recíprocamente, cada una de ellas en cierta forma sólo

¹⁷⁰ Gutiérrez y González, Ernesto. Ob. cit. pp. 693, 694.

consiente el acto de una manera condicional, se compromete porque la otra a su vez también se obliga a ello. La reciprocidad de las obligaciones, y en virtud de esta idea se llega, por una parte, al sistema de la ejecución simultánea o de la exceptio non adimpleti contractus; y por la otra, al derecho de demandar la resolución, cuando ya es tarde para oponer dicha excepción. La resolución de los contratos por incumplimiento de una de las partes no es un hecho primitivo, en el desarrollo de las instituciones. El antiguo derecho romano no la conocía. Apareció en el contrato de venta, en el que fue objeto de un pacto especial llamado *lex comisoria*. El vendedor y el comprador convienen que la venta se tendrá por no celebrada, si el precio no se paga en el plazo fijado: *tu res inepta sit, si ad diem pecunia soluta non sit* (Digesto Lib. XVIII, tit. 3. Fr. 2). El uso de este pacto, tan ventajoso para el vendedor, se extendió de tal manera, que se terminó por sobreentenderlo, y más tarde se generalizó la aplicación del pacto comisorio, a todos los contratos sinalagmáticos. En el caso del pacto comisorio sobreentendido o tácito, el contrato no se resuelve de pleno derecho; la parte en cuyo favor no se ha cumplido la obligación tiene que demandar ante los tribunales la resolución del contrato. Pero si el acreedor desea un procedimiento de resolución más expedito, cuenta para ello con un medio: le basta hacer del incumplimiento, en el plazo convenido, una condición resolutoria ordinaria; escoge este hecho, como tomaría cualquier acontecimiento, para hacer de él una condición. De esta manera el contrato se resuelve automáticamente, por el solo efecto del incumplimiento, sin que deban intervenir los tribunales, y sin que haya medio de retardar o impedir la resolución concediendo un nuevo plazo al deudor. Si las partes declaran en un contrato sinalagmático que la resolución se verificará de pleno derecho, en caso de incumplimiento, el Juez únicamente intervendrá para interpretar el contrato. Amparo directo 5061/52. Banco Nacional de Crédito Ejidal. 27 de enero de 1955. Unanimidad de cuatro votos. La publicación no menciona el nombre del ponente. Tesis aislada, Materia(s): Civil, Quinta Época, Instancia: Tercera Sala, Fuente: Informes, Tomo: Informe 1955, Página: 40.

Sin embargo y como quedo señalado, el tratadista Ernesto Gutiérrez y González señala que la rescisión no necesita ser declarada judicialmente; mientras que Ramón Sánchez Medal señala que si debe ser declarada por la autoridad judicial; aplicado todo esto a la materia de seguros se tiene que la Ley Sobre el Contrato de Seguro, señala en que circunstancias el contrato se rescinde de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial, como a continuación se desprende del siguiente concepto:

La rescisión del contrato de seguro "es la pérdida de la vigencia de una póliza cuando se presentan determinadas causas. La rescisión del contrato de seguro obra sobre los efectos del mismo sin prejuzgar sobre su validez original y puede ser ejercitada por la compañía aseguradora cuando se presentan diversas circunstancias como por ejemplo, alteración del

riesgo, falsa declaración, falta de pago de primas, omisiones o inexactas declaraciones, etcétera. Es común que en las condiciones generales de todas las pólizas se estipule la facultad de la compañía aseguradora de rescindir el contrato, unilateralmente.¹⁷¹

Aquí se deben aclarar dos aspectos: primero que éste concepto señala que una de las causas de la rescisión del contrato de seguro puede ser la falta de pago de primas y en este caso la Ley Sobre el Contrato de Seguro en su artículo 40 no señala expresamente la rescisión sino la cesación de los efectos del contrato; y por cesación se debe entender: “la acción y efecto de cesar; y cesar quiere decir: Acabarse una cosa o suspenderse”¹⁷², en este sentido se puede equiparar o tener como sinónimos a la cesación y a la rescisión, quizá por ello el autor del concepto señala que la falta de pago de primas también es una causa de rescisión, en éste caso la ley no señala como se le dará el aviso al asegurado de que el contrato ya no surtirá efectos, estos son errores técnicos utilizados en la Ley de la materia que la hacen ser difícil de entender para los usuarios de seguros, éste artículo fue reformado y publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 2 de enero de 2002, se le agregó el segundo párrafo y se precisó el plazo en que debe ser pagada la prima, pero no se realiza ninguna aclaración al aspecto de la cesación, que además la establece como automática:

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

El texto del artículo anterior a la reforma solo señalaba:

“Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.”

¹⁷¹ Martínez Gil, José de Jesús. Manual Teórico y Práctico de Seguros. Quinta Edición. Ed. Porrúa. México, 2004. p. 246

¹⁷² Palomar de Miguel, Juan. Ob. cit. Tomo I. p. 283.

Otro artículo que presenta la misma problemática que el anterior, es el 52 que en su texto también hace mención a la cesación de pleno derecho de las obligaciones de la empresa:

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

Éste artículo se refiere nuevamente a la rescisión de pleno derecho, es decir a la terminación de los efectos jurídicos del contrato sin necesidad de declaración judicial, y es aquí donde se encuentra el segundo aspecto a aclarar, si bien es cierto que la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece dicha rescisión, también es cierto que el asegurado o contratante en caso de que no coincidan en la misma persona tiene derecho a defenderse, pues esa declaración es violatoria de Garantías Individuales, toda persona debe ser oída y vencida en juicio, respetando la garantía de audiencia y el principio de legalidad y más aún nadie puede hacerse justicia por sí mismo, según lo que determina la Carta Magna en sus artículos 14, 16 y 17.

“Artículo 14 (segundo párrafo).- Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho. . . .”

De éste artículo se obtiene que un asegurado o contratante para que pueda ser privado del derecho a gozar de los beneficios de su contrato de seguro, debe llevarse un juicio seguido ante tribunales con las formalidades esenciales del procedimiento y las leyes aplicables al caso concreto, por lo tanto no debe por parte de la aseguradora declarar rescindido un contrato mientras no haya acreditado con pruebas fehacientes las causas para proceder a dicha rescisión y dando la oportunidad al asegurado de defenderse y acreditar lo contrario a lo alegado por la empresa, lo cual debe necesariamente hacerse ante la autoridad judicial.

“Artículo 16 (primer párrafo).- Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento. . . .”

Aplicando éste artículo se tiene que para que una empresa aseguradora pueda molestar al asegurado haciéndole saber la rescisión del contrato celebrado, deberá contar con una sentencia judicial que así lo declare, la cual debe contener el fundamento y el motivo por el cual el Juzgador ordena la declaración de la rescisión, lo que forzosamente debe llevarse a cabo en los tribunales competentes, previo de un juicio en el que el asegurado se haya defendido.

“Artículo 17 (primer y segundo párrafos).- Ninguna persona podrá hacerse justicia por sí misma, ni ejercer violencia para reclamar su derecho. Toda persona tiene derecho a que se le administre justicia por tribunales que estarán expeditos para impartirla en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa e imparcial. . . .”

Como se mencionó la empresa aseguradora que pretenda rescindir un contrato, deberá acudir a los tribunales para obtener su declaración por sentencia judicial, previo un procedimiento llevado a cabo en donde se escuchó y venció al asegurado o contratante, de lo contrario e interpretando que la Ley Sobre el Contrato de Seguro maneja la rescisión de pleno derecho, da lugar a que la empresa rescinda los contratos de manera unilateral, lo que se traduce que ante un aparente incumplimiento del contrato por parte del asegurado, la empresa se hace justicia por sí misma y declara una rescisión de éste, sin acreditar tal incumplimiento, aspecto violatorio del anterior artículo.

Aún más es también criterio de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el que la rescisión de un contrato deba ser declarada judicialmente:

“CONTRATOS, EFECTOS DE LA RESCISIÓN DE LOS. Si las prestaciones, objeto de una demanda ejecutiva, derivan no de exigencias en el cumplimiento de obligaciones ciertas, líquidas y determinadas, contraídas en el contrato, sino de prestaciones que son necesaria consecuencia de su rescisión o resolución, no puede admitirse como efectuada la resolución de pleno derecho, requiriéndose una previa decisión judicial sobre el punto, el Juez no puede dictar auto de ejecución, y, al no hacerlo, obra legalmente. Amparo civil en revisión 7187/37. Copropiedad Alamo y Encinas. 5 de octubre de 1939. Unanimidad de cinco votos. La publicación no menciona el nombre del ponente. Tesis aislada, Materia(s): Civil, Quinta Época, Instancia: Tercera Sala, Fuente: Semanario Judicial de la Federación, Tomo: LXII, Tesis: Página: 236.”

Por lo tanto, y después de hacer éstas aclaraciones se tiene que la rescisión de un contrato de seguro sobre la vida es la pérdida de la vigencia de una póliza en determinadas circunstancias

enumeradas por la ley y que versan sobre el incumplimiento de alguna obligación estipulada en el contrato, es reclamada por la parte afectada, y debe ser necesariamente declarada en sentencia judicial.

Desafortunadamente la ley de la materia no es uniforme en los conceptos que utiliza en sus diversos artículos que se refieren a la rescisión del contrato de seguro, por lo tanto es necesario entender que tanto la ley como algunos tratadistas señalan a la rescisión como sinónimo de resolución, sin embargo el tratadista Ernesto Gutiérrez y González señala que la resolución: “es un acto jurídico por el cual: 1º.- Se priva de sus efectos, total o, parcialmente para el futuro, a un acto jurídico anterior plenamente válido, y 2º.- Los efectos pasados de este, siendo lícitos, pueden o no quedar subsistentes, según la naturaleza del acto, o la voluntad de las partes.”¹⁷³

La anterior aclaración se hace en virtud de que el artículo 46 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro hace mención a la resolución como forma de terminación del contrato de manera unilateral:

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

Cometiendo la ley la misma irregularidad, aquí señala la resolución, pero además de pleno derecho, entendiendo que rescisión y resolución son sinónimos, no existe de pleno derecho por lo antes expuesto.

Aún y cuando las partes contratantes en un determinado caso hubiesen estipulado la rescisión o resolución del contrato ante el posible incumplimiento de una obligación, mediante la instrumentación del llamado “pacto comisorio” o “cláusula resolutoria expresa”, es necesaria su declaración judicial proveniente del ejercicio de esta acción rescisoria por la vía legal, toda vez que ese pretendido resultado no opera de pleno derecho.

¹⁷³ Gutiérrez y González, Ernesto. Ob. cit. p. 688.

Aplicado todo lo anterior al contrato de seguro, se advierte que con independencia a lo expresamente convenido entre las partes contratantes, la Ley Sobre el Contrato de Seguro admite la terminación de la relación contractual en esas condiciones, es decir, en forma unilateral, al manejar ese concepto de referencia, es decir, la cláusula resolutoria o el pacto comisorio implícitamente (aún y cuando sin hacer alusión literal a dichos términos), toda vez que se encuentran dispositivos, de cuya lectura se desprende que en rigor se trata de una resolución en los términos apuntados sin que sea necesaria la declaración judicial para rescindir el contrato; sin embargo en la práctica se debe recurrir ante los Tribunales a demandar la rescisión del contrato, de lo contrario como ha quedado señalado se violarían las garantías individuales del asegurado, ya que aunque la aseguradora cuente con la facultad expresa en la ley para rescindir el contrato de seguro, debe acreditar el incumplimiento cometido por parte del asegurado o contratante que dio origen a la rescisión, por ejemplo se debe acreditar la omisión o inexacta declaración del asegurado, para que éste en su oportunidad trate de deslindar su responsabilidad o acreditar que no existió tal omisión.

Desafortunadamente no sólo las instituciones de seguros presentan ésta problemática, hay diversas empresas que se dedican a otorgar préstamos o financiamientos para adquirir diversos muebles o inmuebles mediante la firma de un contrato de adhesión en el que se pacta de forma arbitraria una cláusula de rescisión de pleno derecho o de "forma unilateral", y las personas pensando en obtener el financiamiento aceptan tales condiciones, impuestas deliberadamente por las empresas, en mi opinión estos contratos deben ser examinados y prohibir este tipo de cláusulas que sólo perjudican al contratante y en su caso determinar que se tendrá por no puesta dicha cláusula; incluso los contratos en los que se preste algún servicio de este tipo no deberían ser contratos de adhesión, sino ser pactados entre las partes, considerando a cada una sus intereses y de esa forma hacer un contrato más equitativo, o en su lugar las personas que celebran un contrato no deben en virtud de sus derechos, admitir la rescisión del mismo acudiendo a los Tribunales a defender dichos derechos.

3.5.2 NATURALEZA JURÍDICA.

De los conceptos anteriores se desprende la naturaleza jurídica de la rescisión, siendo así que se considera una forma de terminación de este contrato mercantil, bilateral, oneroso, consensual, originado por el incumplimiento de las obligaciones pactadas imputable a una de las partes, se presenta durante la vigencia del contrato permite que éste produzca todos sus efectos jurídicos, pero es retroactivo hasta donde esto sea posible, lo reclama la parte afectada, debe ser declarado judicialmente, y permite incluso la reclamación de daños y perjuicios.

3.6 SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LA NULIDAD Y LA RESCISIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

De manera general se señalan las semejanzas y diferencias de estas dos figuras para posteriormente analizarlas a la luz del contrato de seguro de vida:

SEMEJANZAS:

- 1.- Ambas figuras son aplicables a los actos jurídicos siempre y cuando éstos cumplan con los requisitos necesarios para ubicarse en una hipótesis de nulidad o rescisión.
- 2.- Ambas figuras deben ser declaradas por un juez.

DIFERENCIAS.

Son acciones opuestas y contradictorias.

RESCISIÓN	NULIDAD.
Es la resolución o terminación de un contrato plenamente válido.	Es una sanción que al presentarse puede o no extinguir los efectos de un contrato que nació viciado.
Se presenta en el momento en que alguna de las partes del contrato incumplió con una obligación a su cargo.	Se presenta ante la falta de un elemento de validez o la concurrencia de algún vicio de la voluntad.
Produce efectos que se terminan en el momento de la declaración, es retroactivo en sus efectos hasta donde sea posible.	Produce efectos provisionales los cuales pueden ser destruidos retroactivamente o continuar los mismos si se subsana la irregularidad, dependiendo del tipo de nulidad de que se trate
Se presenta durante la vigencia del contrato.	Tiene lugar previo al momento de la integración del contrato.
Presupone además un perjuicio económico y pueden demandarse daños y perjuicios.	
Puede ser invocada en cualquier momento de la relación contractual.	Debe ser invocada al momento de la constitución del contrato.

En el contrato de seguro de vida además de las anteriores circunstancias se deben tomar en cuenta las siguientes:

RESCISIÓN.	NULIDAD.
Pérdida de la vigencia de una póliza de seguro, es decir concluye los efectos del contrato de seguro.	Deja sin efectos el contrato de seguro de vida, es decir se extinguen los efectos del mismo.
Se presenta ante un incumplimiento de obligaciones cometida por una de las partes del contrato.	Se presenta ante la falta de un elemento de validez o la concurrencia de algún vicio de la voluntad.
En el caso del seguro de vida se encuentra prohibido dar efectos retroactivos al contrato.	En el caso del seguro de vida se encuentra prohibido dar efectos retroactivos al contrato.
La propia ley indica en que casos el contrato de seguro es rescindido, pero atendiendo a la anterior explicación necesita ser declarada por un juez.	La ley indica en que casos el contrato de seguro es nulo, pero atendiendo a la explicación que de éste tema se realizó anteriormente, debe ser declarada judicialmente.
Se invoca en el momento en que una de las partes se encuadra en la hipótesis que la ley señala, esto es ante el incumplimiento de alguna obligación.	Se invoca al momento de la constitución del contrato, es decir en el momento del nacimiento de dicho contrato.

CAPITULO CUARTO.

LA PROBLEMÁTICA PARA HACER VALER LA NULIDAD Y LA RESCISIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

4.1 PROBLEMÁTICA DE LA NULIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

Estudiada la nulidad en su aspecto general, en este capítulo se analizarán las causas de nulidad que establece la Ley Sobre el Contrato de Seguro, de las cuales solo me avocaré a lo concerniente al seguro de vida.

4.1.1 CAUSAS.

Las causas de la nulidad en el contrato de seguro de vida, se enumeran en los siguientes artículos:

- a).- Por desaparición o realización del siniestro. (Art. 45 LCS).
- b).- Si el tercero en caso de seguro de muerte, no diera su consentimiento. (Art. 156 LCS).
- c).- Si la persona es menor de edad o sujeta a interdicción. (Art. 157 LCS).

d).- Si la persona tiene 12 años o más pero es menor de edad y no da su consentimiento para la celebración del contrato. (Art. 158 LCS).

Cada uno de estos casos se analizará en que consisten y como se aplican al contrato de seguro de vida, entendiendo que se expresa el seguro de vida de manera general teniendo en cuenta las dos clasificaciones que existen y que lo dividen en muerte y sobrevivencia, porque en la práctica se señala el seguro de vida entendiéndose que se refiere al seguro sobre la muerte.

a).- La primera hipótesis regula que el contrato es nulo si en el momento de su celebración el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado, y esto queda establecido en el artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que a la letra señala:

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

En el caso del seguro de vida se deben tener en cuenta dos situaciones:

1.- Siguiendo el precepto transcrito, el contrato de seguro de vida será nulo si en el momento de la celebración el asegurado ya hubiere fallecido, es decir aquí el riesgo ya desapareció por lo tanto celebrar un contrato en estas condiciones sería nulo, ya no existe la persona sobre la que se tenía interés de asegurar, en otras palabras ya no existe “el objeto materia del contrato”, por lo tanto se trata de una nulidad absoluta.

2.- En cuanto a la retroactividad de que trata éste artículo debe precisarse que en los seguros de vida, existe la Circular Núm. 305-5-45, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 20 de mayo de 1952 en donde se prohibió expedir coberturas con efectos retroactivos, por lo que no se debe asegurar a una persona con carácter retroactivo, por lo tanto esta segunda parte del artículo 45 no es aplicable al seguro de vida.

b).- La segunda hipótesis se refiere al artículo 156 que indica:

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

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

Aquí lo importante es el consentimiento del tercero para ser asegurado, lo cual debe hacerse por escrito e indicando la suma asegurada, así como la designación de los beneficiarios, cumpliendo con ello antes de la celebración del contrato, de lo contrario si no se cumplen con tales requisitos la ley tajantemente señala que el contrato es nulo, pero considerando la teoría de la nulidad relativa, en este caso puede nacer el contrato con la falta de aceptación del tercero y posteriormente validarse el acto, de manera que se trata de una nulidad relativa y pueda convalidarse el acto o negocio jurídico, el problema es que la ley no es clara al establecer tales condiciones, entendido el artículo de forma literal, significa que no hay posibilidad alguna de celebrar un contrato sobre un tercero, si éste no está presente y llena todos los requisitos establecidos, pero las aseguradoras cuando tienen el interés en que un contrato sea celebrado, permiten que posteriormente se presente el tercero, obvio dentro de un plazo establecido por ella misma, y con ello se convalida la irregularidad con la que nace dicho contrato.

c).- La tercera hipótesis sostiene:

“Artículo 157.- El contrato de seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo. La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe.

En los seguros de supervivencia sobre las personas a que se refiere este artículo, podrá pactarse la devolución de las primas para el caso de muerte.”

Aquí, existe la prohibición de contratar un seguro para un menor de doce años o una persona sujeta a interdicción, y suena lógico ya que si se permitiera el contrato sobre estas personas

podría motivarse el infanticidio o el homicidio de las mismas con el único objeto de cobrar el seguro.

Se presentan dos circunstancias, la primera por lo que se refiere a las personas sujetas a interdicción, las cuales para ser consideradas como tales debe mediar una sentencia judicial que así lo determine, pero incluso dentro de la misma hipótesis se considera que no se puede contratar un seguro para una persona que aun no existiendo una sentencia judicial que acredite su estado de interdicción, presente una disminución o perturbación mental que pueda percibirse a simple vista, considerándose una causa de nulidad absoluta, pues dicha circunstancia no podría convalidarse en ningún momento y lo único que originaría sería el realizar contratos sobre éstas personas con la finalidad de que fallezcan en un corto tiempo y poder cobrar el seguro; la segunda cuestión se refiere a los menores de edad que no hayan cumplido los doce años, aquí se trata no de la celebración del contrato por parte del menor de edad, sino ser éste el asegurado, y mientras es menor de dicha edad será nulo, pero la Ley Sobre el Contrato de Seguro concede total validez a la celebración de un contrato sobre la persona de un menor de edad pero mayor de doce años, cumpliendo con ciertos requisitos estipulados en la misma ley; en ninguno de estos casos existe la posibilidad de subsanar el acto, es criterio tajante el hecho de que las empresas no acepten asegurar a un interdicto o a un menor de doce años, incluso en múltiples ocasiones y según el criterio de la empresa tampoco es aceptado este menor para que sea beneficiario, sin que medie una explicación por parte de los agentes de la aseguradora para con los contratantes, notando con ello que la ley presenta diversas lagunas en estos temas.

d).- La cuarta hipótesis se contiene en el siguiente artículo, igualmente de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

Aquí se especifica que para el caso de contratar un seguro para un menor de edad pero que tenga doce o más años, deberá existir como requisito fundamental para celebrar dicho contrato el consentimiento que forzosamente deberá ser por escrito tanto del menor como de su

representante legal y se señala que por escrito, porque ese es un requisito que exige el artículo 156 de la misma ley y además establece en principio la veracidad del consentimiento, es obvio pensar que tal consentimiento no debe dejar ninguna duda, por ello la necesidad de que estos requisitos deban ser presentados de manera fehaciente.

Es preciso mencionar dos aspectos importantes para ésta figura de la nulidad del contrato de seguro de vida, primero para el caso de que exista dolo, error o mala fe en el asegurado al hacer declaraciones omitiendo por ejemplo su estado de salud, sus actividades cotidianas, la práctica de algún deporte o sus costumbres alimenticias o de algún vicio como el cigarro, ello implica un vicio del consentimiento que hace caer en error a la aseguradora, y tiene como consecuencia la nulidad en términos de los artículos 1812 y 1813 del Código Civil Federal, pero la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece en el artículo 47 que se trata de una rescisión y no de una nulidad.

Aplicando la teoría civil, se tiene que lo anterior implica una nulidad que quizá pueda ser relativa y entonces subsanado el vicio que la origina, y ello se presentaría en el caso de que la omisión o inexacta declaración no se hubiere realizado con dolo y mala fe sino producto de una inexactitud por parte del asegurado, el contrato puede tener total validez, siempre y cuando el asegurado esté vivo y pueda realizar esa validación.

Sin embargo, la Ley Sobre el Contrato de Seguro se aleja en este aspecto de la teoría civil y en el citado artículo 47 regula la figura de la rescisión ante cualquier omisión o inexacta declaración por parte del asegurado, analizando tal situación concluyo que éste artículo se creó para que regule la actividad entre gente viva, es decir que se oponga antes de que muera el asegurado, por lo tanto si existe alguna omisión o inexacta declaración y la aseguradora se percata de ello, pueda dar aviso al asegurado o al contratante; en mi opinión, debe ser a los interesados cuando no coinciden en la misma persona, de que el contrato presenta una causa que origina su rescisión, no olvidando que la rescisión se presenta ante la falta de cumplimiento de una obligación, y con ello el asegurado pueda cumplir con la obligación que le impone la empresa y que de alguna forma incumplió, aspecto con el que no estoy de acuerdo; pero que sucede cuando el asegurado ha fallecido, la empresa opone la excepción de nulidad ante los beneficiarios para no pagar la suma asegurada, obligando a estos a acudir a interponer una

queja ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o en su defecto demandar ante el Tribunal Superior de Justicia, con lo que se desvirtúa la intención del asegurado fallecido de dejar la suma asegurada a sus beneficiarios, no es objeto de este contrato crear problemas a terceros al ocurrir el siniestro, que en este caso es la muerte del asegurado, y con ello se acredita que ya no estarían los beneficiarios ante una rescisión sino ante una verdadera nulidad del contrato, y con ello la imposibilidad de cobrar la suma asegurada.

La ley establece en el artículo 48 que el aviso de rescisión se da al asegurado o a sus beneficiarios, lo que significa que está regulando tanto el aspecto de que el asegurado esté vivo como muerto.

De lo anterior, concluyo que la ley regula que la omisión o inexacta declaración del asegurado es un incumplimiento del contrato, pensando que la buena fe al realizar las declaraciones que sirven como base para dicho contrato, es una obligación a cargo del asegurado, por lo tanto ante el vicio de la voluntad que se traduce en omisión e inexactitud en esas declaraciones la ley le da el tratamiento de la rescisión, que debe ser declarada judicialmente independiente de que técnicamente será una nulidad.

Existe criterio de la Suprema Corte de Justicia que señala que en este caso se puede invocar la nulidad como lo señala la siguiente tesis:

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

que determinan que ésta acepte o no celebrar el contrato de seguro, previniendo la misma Ley Sobre el Contrato de Seguro una sanción rigurosa para el caso de que el solicitante declare falsamente, ya sea por error, omisión o dolo, en términos de los artículos 1º y 8º y relativos de la propia Ley, y que consiste en la rescisión de pleno derecho del contrato, lo que no impide que pueda acudir al Código Civil para invocar la nulidad por los vicios del consentimiento que puedan existir en la celebración del contrato de seguro y que no están perfectamente determinados en la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Y si el asegurado incurre en omisiones, falsas e inexactas declaraciones en sus solicitudes para obtener las pólizas de seguros, al no manifestar sus verdaderas actividades, y esa actitud dolosa determina que la aseguradora celebre el contrato influida por el error en que lo hace caer el asegurado, al provocar que tenga aquélla una equivocada apreciación del riesgo que está asegurando, y al existir tal error en su voluntad, se encuentra en aptitud de invocar la nulidad del contrato de seguro. Así pues, en este punto sí es aplicable supletoriamente el Código Civil del Distrito Federal. Amparo directo 194/76. Seguros América Banamex, S.A. 2 de febrero de 1977. 5 votos. Ponente: J. Ramón Palacios Vargas. Séptima Época. Instancia: Tercera Sala. Fuente: Seminario judicial de la Federación. Tomo: 175-180 Cuarta Parte. Página 203. Séptima Época. Cuarta Parte: Volúmenes 175-180, pág. 145. Amparo directo 8453/81. Frieda Borghardt Cisneros Vda. De Setter. 5 de octubre de 1983. 5 votos. Ponente: j. Ramón Palacios Vargas.”

Debe aclararse que por la fecha de la tesis antes citada, se menciona que es aplicable el Código Civil para el Distrito Federal, ya que en los años de 1977 y 1983, el código aplicable era el Código Civil para el Distrito Federal en materia Común y para toda la República en materia Federal, la separación del Código en Distrito Federal y Federal, se realizó hasta Mayo de 2000, pero lo que es importante destacar es que dicha tesis señala que ante la omisión o inexactitud de declaraciones por parte del asegurado se puede invocar la nulidad del contrato.

El segundo aspecto a mencionar es que existe un criterio diverso al presentado que considera que no debe acudir a la supletoriedad de la ley civil y con ello en el caso de que se trata, invocar la nulidad, sino que debe seguirse la regulación de la ley de la materia, es decir que se invoque la rescisión ante la omisión e inexactitud de declaraciones por parte del asegurado, lo cual tiene su fundamento en la siguiente tesis:

SEGURO. NULIDAD DEL CONTRATO POR INEXACTAS DECLARACIONES U OMISIONES. NO ES APLICABLE SUPLETORIAMENTE EL CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL. De conformidad con lo previsto por el artículo 11 del Código Civil para el Distrito Federal, las leyes que establecen excepciones a las reglas generales sólo son aplicables a los casos expresamente especificados, o

sea, que son de aplicación estricta y privan sobre la aplicación de la ley general. Ahora bien, la Ley sobre el Contrato de Seguro en su artículo 47 regula lo relativo a vicios del consentimiento, al establecer que cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes en un contrato de seguro faculta a la aseguradora para considerarlo rescindido de pleno derecho; en consecuencia, en relación con este punto, al haber regulación expresa es aplicable la ley de la materia por tratarse de un ordenamiento especial, y no debe acudir en forma supletoria a una ley de carácter general, como lo es el Código Civil, para declarar la nulidad del contrato de seguro. CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO. Amparo directo 3844/2003. 30 de abril de 2003. Unanimidad de votos. Ponente: Walter Arellano Hobelsberger. Secretaria: Ana Bertha González Domínguez. Tesis aislada, Materia(s): Civil, Novena Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo: XVIII, Julio de 2003, Tesis: I.4o.C.60 C, Página: 1216.

Debe señalarse que la anterior tesis corresponde al año 2003 y que aunque hace mención del Código Civil para el Distrito Federal, lo único que se pretende destacar es el aspecto de la aplicación de la ley de la materia y no de la teoría civil para el caso de oponer la rescisión y no la nulidad ante la situación transcrita, quedando en el aire el aspecto de que decisión tomar en caso de que el asegurado haya fallecido, si es el mismo tratamiento o no, siendo una más de las irregularidades que presenta ésta ley. (Aclarando que el artículo 11 del Código Civil para el Distrito Federal y el Código Civil Federal tienen el mismo texto legal, por lo que de manera general si tiene aplicabilidad la presente tesis.)

Es necesario que se uniformen los criterios en cuanto a la aplicación supletoria de las leyes, en la tesis citada aún siendo actual, se señala la supletoriedad del Código Civil para el Distrito Federal, siendo que la aplicación correcta es la del Código Civil Federal, porque así lo ordena el artículo 2 del Código de Comercio que menciona que a falta de disposiciones de ese ordenamiento y las demás leyes mercantiles, son aplicables las disposiciones contenidas en el Código Civil aplicable en materia Federal, quizá la confusión surge porque anterior a la reforma de Mayo de 2000, solo existía un Código Civil que era para el Distrito Federal en materia Común y para toda la República en materia Federal, sin embargo en la actualidad hay dos Códigos Civiles los cuales se tienen que estudiar como tal en materias como ésta; desde mi punto de vista debería existir un solo Código Civil como se tenía antes de Mayo de 2000, finalmente las reformas hechas al Código Civil Federal son en solo algunos preceptos y en su mayoría ambos

códigos presentan el mismo texto, por lo debería reformarse nuevamente para que se ordene la existencia de un solo Código Civil.

Los criterios son expresados para señalar que la Ley Sobre el Contrato de Seguro no es clara en sus preceptos y por lo tanto en la vida cotidiana ocasiona diversos problemas traducidos en perjuicio de los asegurados o lo que es peor de los beneficiarios, en mi opinión el artículo 47 de dicha ley debe tratar la nulidad y no la rescisión porque se trata de un vicio de la voluntad y no de un incumplimiento del contrato. Cabe señalar que del texto se desprende que regula un contrato que surgió a la vida, es decir que la empresa aseguradora se percató de las omisiones e inexactitudes durante la vigencia del contrato y no durante su constitución, ello lo concluyo de la parte final de dicho artículo que menciona: "aunque no haya influido en la realización del siniestro", es decir que puede percatarse de tales circunstancias cuando ya se haya presentado el siniestro, aspecto en mi opinión irregular que da pie a diversas confusiones, en mayor medida para los usuarios de los contratos que no conocen la ley.

Es interesante el siguiente criterio de la Suprema Corte de Justicia, el más actual de los dos anteriores, en el que se hace mención a que el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro es una exclusión a la regla general de la nulidad y que en el caso de las omisas e inexactas declaraciones que originan un vicio de la voluntad, es admisible la rescisión del contrato, porque éste produce provisionalmente sus efectos permitiendo que surjan obligaciones entre las partes, y que puede ser convalidado por que la rescisión está sujeta aun plazo determinado, y lo que más llama mi atención es que señala que permite clasificarla como nulidad relativa que motiva la rescisión y no la nulidad absoluta del contrato, a continuación se transcribe dicha tesis:

CONTRATO DE SEGURO. EL ERROR COMO VICIO DEL CONSENTIMIENTO DA LUGAR A LA NULIDAD RELATIVA, NO A LA NULIDAD ABSOLUTA, Y ES MOTIVO PARA LA RESCISIÓN. Los artículos 7o., 8o. y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro otorgan un valor destacado y preponderante a las declaraciones del asegurado a tal grado que autoriza tácitamente a la aseguradora para apoyarse en esa información para celebrar el contrato. Los vicios del consentimiento que afectan a la aseguradora derivan precisamente de que el proponente del seguro la induzca al error por impedir que pueda apreciar la magnitud del riesgo y que pueda influir en las condiciones convenidas y, por ende, es la omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo que asuma la aseguradora al contratar, lo que genera el vicio del consentimiento. Sin embargo, en los

supuestos del artículo 47 del citado ordenamiento, no se sanciona el vicio con nulidad absoluta, ni otorga la acción de nulidad, porque evidentemente el contrato produce provisionalmente sus efectos y permite que el proponente del seguro haga el pago de las primas respectivas y la aseguradora se beneficia con su recepción e, incluso, puede ocurrir que ante el siniestro preste algunos de los beneficios inmediatos del seguro y fundamentalmente puede ser convalidado por caducidad del derecho a la rescisión, ya que está sujeta a un plazo determinado, lo que permite clasificarla como nulidad relativa que motiva la rescisión y no la nulidad absoluta del contrato. Luego, ante la disposición legal especial que constituye una solución específica para el caso de que el proponente del seguro haya omitido hechos o incurrido en inexacta declaración y que otorga el derecho a la aseguradora de dar por rescindido el contrato de seguro, excluye la aplicación de la regla general de la nulidad. TERCER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO. Amparo directo 95/2004. Seguros Banamex Aegón, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banamex Accival. 18 de marzo de 2004. Unanimidad de votos. Ponente: Neófito López Ramos. Secretaria: Mercedes Rodarte Magdaleno. Tesis aislada, Materia(s):Civil, Novena Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo: XIX, Junio de 2004, Tesis: I.3o.C.460 C, Página: 1422.

4.1.2 EFECTOS.

La nulidad tiene como consecuencia extinguir los efectos provisionales del acto jurídico que se encuentra viciado desde su nacimiento, o permitir subsanarlos dependiendo de la nulidad de que se trate, y entonces será retroactiva.

En cada una de las hipótesis citadas, aparte de tener como consecuencia de la nulidad la extinción de los efectos jurídicos del acto, se tienen diversas consecuencias que se abordaran en este tema, siguiendo el orden en que fueron expuestas las causas que propiciaron la nulidad del contrato de seguro.

a).- En el caso que cita el artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que se refiere a la nulidad por desaparición o realización del siniestro, la consecuencia será dejar sin efectos el contrato desde el momento de su celebración, pues no existe materia para llevar a cabo el

contrato, sin olvidar que aunque el citado artículo maneja efectos retroactivos que son posibles en el contrato de seguro, ya se dijo que para el contrato de seguro de vida no está permitida dicha retroactividad.

b).- En el caso previsto por el artículo 156 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que se refiere a la procedencia de la nulidad de un contrato celebrado para el caso de muerte de un tercero, si éste no expresó su consentimiento por escrito; el contrato no surte efectos jurídicos, y ello es, porque el precepto es claro en ordenar que se necesita el consentimiento del tercero antes de la celebración de dicho contrato, indicando el monto de la suma asegurada, por lo tanto ese requisito, se convierte en una causal de nulidad si no es cumplido, requiere ser expresado por escrito en el momento de la constitución del acto jurídico, de lo contrario si no existe dicho consentimiento el contrato simplemente no nace a la vida jurídica; sin embargo en el caso en que se llegara a un acuerdo con el asegurador en el que se pacte que en días posteriores el tercero dará su consentimiento, el contrato nace viciado y si el tercero no acude a dar dicho consentimiento en el tiempo pactado, no existe forma de subsanar ese vicio y por lo tanto en aplicación del citado artículo, se extinguen todos sus efectos con la declaración de la nulidad.

c).- En el artículo 157 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se refiere al contrato que se celebra sobre la persona de un menor de edad, que no haya cumplido los doce años o sobre una sujeta a interdicción, se tiene como consecuencia secundaria que:

1.- La aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe.

2.- En los seguros de supervivencia sobre las personas a que se refiere este artículo, podrá pactarse la devolución de las primas para el caso de muerte.

Es obvio que aquí se aplica el principio de buena fe, pues si el contratante del seguro actuó de mala fe y con artimañas y engaños logró que la aseguradora celebrara el contrato sobre un menor de doce años y causa posteriormente su muerte se aplicará la nulidad del contrato, sin

tener derecho a pago alguno e incluso tendrá responsabilidad penal ante las autoridades correspondientes, ello interpretado del artículo antes citado.

d).- En el caso regulado por el artículo 158 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que se refiere al contrato celebrado sobre la persona de un menor de edad pero mayor de doce años, también se trata de un caso que se presenta en el momento de la constitución de un contrato, por lo tanto si no se encuentran los requisitos cubiertos, el contrato será nulo absoluto, y retroactivo en sus efectos, con lo que estos se extinguen totalmente.

4.1.3 MEDIOS DE INCONFORMIDAD O DE IMPUGNACIÓN QUE TIENE EL ASEGURADO EN CONTRA DE LA DECLARACIÓN DE NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

En este tema se aborda la situación que en la práctica utilizan las aseguradoras para declarar nulo un contrato y los medios con que cuenta el asegurado para defenderse, teniendo como principio que la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece que en diversas situaciones procede la nulidad de pleno derecho, circunstancia que como ya quedó analizada no existe como tal.

Para que proceda la nulidad de un contrato debe ser declarada por un juez, por lo tanto tenemos en este caso una violación a la regla general, pues en la vida cotidiana las empresas aseguradoras simplemente comunican al asegurado o contratante que su contrato es nulo, lo que deben hacer en el momento de la celebración del mismo si fuere el caso que se señala en el artículo 45 de la citada ley, es decir si el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado, en esta hipótesis no hay mayor problema; ninguna aseguradora realizaría un contrato sobre una persona muerta, por lo tanto en este caso no se necesita declaración judicial, simplemente el contrato no es celebrado porque no existe el objeto materia del seguro que es la vida de la persona, sin dejar de tener en cuenta que puedan producirse fraudes en los que se

asegure a una persona y después se cometa su homicidio para cobrar la suma asegurada, o tratar de asegurar a alguien que ya esté muerto.

En los demás casos que indica la propia ley, si será necesaria la declaración judicial de la nulidad, como es el caso de la celebración del contrato para un menor de edad pero mayor de doce años de quien se necesita su consentimiento por escrito y el de su representante legal, en múltiples ocasiones las empresas ofrecen el contrato, dejan en manos del contratante los cuestionarios y pueden establecer una fecha posterior para que el menor manifieste su consentimiento, en este caso si transcurre un determinado tiempo y no se hace la manifestación del menor y de su representante, el contrato se considera nulo, y la aseguradora avisa por escrito o incluso por teléfono que dicho contrato no surtirá efectos jurídicos porque al no cumplir con los requisitos que establece la ley se presenta una causa de nulidad, cuestión con la que no estoy de acuerdo, si bien la nulidad se presenta en la constitución del contrato de seguro, también es cierto que para mayor seguridad jurídica debe declararse vía judicial, así se cuenta con una resolución que permite que la aseguradora se proteja de cualquier manifestación del asegurado en que señale que nunca conoció que su contrato era nulo; y para el asegurado o contratante le da la certeza de que al no cumplir con los requisitos solicitados por la ley su contrato es nulo y por lo tanto no surte efectos ni tiene la carga de pagar prima alguna.

En la vida cotidiana se presentan diversas circunstancias como es el hecho de la negativa por parte de las empresas aseguradoras a dar la información completa y sobre todo entendible a la persona con la que va a contratar, pues los agentes de seguros con la intención de firmar el contrato ocultan datos importantes que debe conocer el contratante que en múltiples ocasiones ni siquiera lee completo el formulario y las cláusulas de la póliza, dando pie al abuso que cometen las aseguradoras que se valen de dichas cláusulas para no pagar las sumas aseguradas, por lo general no explican el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada de manera detallada, lo que origina que al no conocer tal situación se incurra en alguna causa especificada por la ley que permita la nulidad del contrato, lo cual como en múltiples ocasiones se ha mencionado debe hacerse por declaración judicial, situación que en la actualidad no se lleva a cabo porque la aseguradora no recurre ante la autoridad judicial ha promover la nulidad del contrato, simplemente avisa al asegurado o contratante que procedió a la nulidad, negando con ello la posibilidad de toda defensa.

Ante tal situación opino que la ley de la materia debe ser modificada y regular la figura de la nulidad del contrato con una mayor claridad y sobre todo la aplicación exacta a los seguros de vida a los cuales se pretende aplicar la generalidad de la ley, siendo que por tratarse de la vida de un ser humano debería tener otra connotación.

En caso de que un contrato de seguro sea declarado nulo, el contratante o asegurado tiene los siguientes medios de defensa:

a).- Puede acudir ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros a interponer una reclamación en contra de la institución o empresa aseguradora con quien tenga contratado el seguro, o

b).- Interponer demanda en la vía ordinaria mercantil ante los tribunales competentes ya sea del fuero común o del fuero federal, la materia mercantil puede tramitarse en uno o en otro fuero, a elección del actor con fundamento en el artículo 104 Constitucional.

c).- En el caso de recurrir ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, el asegurado cuenta con dos vías de actuación: la conciliación y el arbitraje.

Para entender que es la conciliación a continuación se expone un concepto de dicha palabra.

“Conciliación Acción y efecto de conciliar. Conciliar del latín conciliare Ajustar y componer los ánimos de los que estaban opuestos entre sí.”¹⁷⁴

La conciliación es una forma de solucionar una controversia, en la que participa un tercero de forma imparcial, quien tiene como objetivo proponer a las partes diversas alternativas con la finalidad de que resuelvan su conflicto de común acuerdo, dicha solución queda a voluntad de las partes, ya que el tercero solo propone posibles formas de solución, y las partes deben decidir si la aceptan o no, sin que ese tercero tenga manera de obligar a las partes a que las acepten.

¹⁷⁴ Palomar de Miguel, Juan. Ob. cit. p. 345.

La Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros establece en su artículo 60 el fundamento para iniciar este procedimiento:

“Artículo 60.- La Comisión Nacional está facultada para actuar como conciliador entre las instituciones financieras y los usuarios, con el objeto de proteger los intereses de estos últimos. Tratándose de diferencias que surjan respecto al cumplimiento de fideicomisos, la Comisión Nacional sólo conocerá de las reclamaciones que presenten los fideicomitentes o fideicomisarios en contra de los fiduciarios.”

La CONDUSEF a manera de que los asegurados entiendan el término conciliación lo ha definido como “el acuerdo celebrado entre quienes se encuentran con una controversia sobre la aplicación o la interpretación de sus derechos. Tiene como objetivo evitar un juicio, o poner fin al mismo. El propósito fundamental de la conciliación es solucionar el problema en paz y con justicia para evitar juicios innecesarios. El procedimiento de conciliación es un trámite previo al arbitraje, que es necesario agotar para buscar una respuesta a la reclamación.”¹⁷⁵

En este caso se trata de que tanto el asegurado o contratante como la institución aseguradora lleguen a un acuerdo en el que se le de solución a la controversia planteada, si esto no ocurre y como es en la práctica, la solución que propone la aseguradora no es benéfica para el asegurado o contratante, la CONDUSEF los exhorta para someterse al arbitraje.

La Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros también señala que el afectado con alguna resolución que no sea dictada en el procedimiento arbitral puede interponer por escrito un recurso de revisión, entiendo entonces que esa resolución que regula este artículo se refiere a la que puede recaer al escrito en que se realiza la reclamación, es decir si ésta fuera rechazada, o a algún otro escrito que requiriera de una respuesta por la CONDUSEF, así lo regula el siguiente artículo:

“Artículo 99.- En contra de las resoluciones de la Comisión Nacional dictadas fuera del procedimiento arbitral, con fundamento en las disposiciones de esta Ley, se podrá interponer por escrito recurso de revisión.”

¹⁷⁵ www.condusef.gob.mx

Ahora bien, el arbitraje ha sido definido como un "procedimiento para resolver por la vía pacífica conflictos internacionales, sometiéndolos al fallo de otra ponencia, de otra persona o de una comisión o tribunal."¹⁷⁶

La Suprema Corte de Justicia afirma: "como consecuencia del compromiso arbitral, se sustituye el proceso con algo a fin a él, en su figura lógica, supuesto que en uno y otro casos se define una contienda mediante un juicio ajeno; sin embargo, el árbitro no es funcionario del Estado, ni tiene jurisdicción propia ni delegada; las facultades que usa se derivan de la voluntad de las partes, expresada de acuerdo con la ley, y aun cuando la sentencia o laudo arbitral no puede revocarse por la voluntad de uno de los interesados, no es por sí misma ejecutiva."¹⁷⁷

Entendiendo que el arbitraje es una forma de dar por terminada una controversia, en donde participa un tercero que no solo va a proponer alguna solución para el conflicto, sino que apegado a ciertas normas va a dictar un laudo que será obligatorio para las partes, aunque en la doctrina es discutido el aspecto de la fuerza coactiva que tiene ese tercero para hacer cumplir el laudo dictado, se discute que el tercero que funge como árbitro no tiene facultades derivadas del Estado sino del acuerdo de las partes que manifestaron su voluntad de someterse al arbitraje, por lo que se señala que el árbitro carece de imperio para hacer cumplir coactivamente y por sí mismo sus laudos, y tiene que auxiliarse de órganos jurisdiccionales para hacer cumplir esa resolución, si dicho órgano lo considera pertinente.

Tratándose de los laudos dictados por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, su propia ley establece que ésta institución tiene la facultad para imponer medidas de apremio para el desempeño de sus funciones y adoptar medidas necesarias para el cumplimiento de sus laudos, considerando que los convenios celebrados por dicha institución tendrán carácter de sentencia ejecutoria; así mismo en el artículo 81 se regula que los tribunales y autoridades administrativas deben auxiliar a la CONDUSEF cuando ésta solicite su auxilio, lo anterior se desprende de los siguientes artículos de la Ley de Protección y Defensa al usuario de Servicios Financieros:

¹⁷⁶ Palomar de Miguel Juan. Ob. cit. p. 129.

¹⁷⁷ Ovalle Favela José. Derecho Procesal Civil. Séptima edición. Ed. Harla. México, 1998. p. 309.

“Artículo 80.- Corresponde a la Comisión Nacional adoptar todas aquellas medidas necesarias para el cumplimiento de los laudos dictados por la propia Comisión, así como de aquéllos 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 servicio financiero que demande. Los convenios celebrados ante la Comisión Nacional tendrán el carácter de una sentencia ejecutoria.”

“Artículo 81.- En caso de que el laudo emitido por la Comisión Nacional o por el árbitro propuesto por ésta, condene a la institución financiera a resarcir al usuario, la institución financiera tendrá un plazo de quince días hábiles contado a partir de la notificación para hacerlo.

Si la institución financiera no cumple en el tiempo señalado, la Comisión Nacional enviará el expediente al juez competente para su ejecución.

Las autoridades administrativas y los tribunales estarán obligados a auxiliar a la Comisión Nacional, en la esfera de su respectiva competencia. Cuando la Comisión Nacional, solicite el auxilio de la fuerza pública, las autoridades competentes estarán obligadas, bajo su más estricta responsabilidad, a prestar el auxilio necesario con la amplitud y por todo el tiempo que se requiera.”

“Artículo 82.- La Comisión Nacional, para el desempeño de las facultades establecidas en este Capítulo, podrá emplear las siguientes medidas de apremio:

I.- Multas, en los términos señalados en esta Ley, y

II.- El auxilio de la fuerza pública.”

“Artículo 83.- Tratándose de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, así como de instituciones de fianzas, en caso de no ejecución del laudo, se ordenará el remate de valores invertidos conforme a las leyes respectivas.”

“Artículo 84.- Para verificar el cumplimiento de los laudos, la Comisión Nacional requerirá al director general o al funcionario que realice las actividades de éste, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado o restituido el servicio financiero demandado, en los términos del artículo 81, las prestaciones a que hubiere sido condenada la institución financiera; en caso de omitir tal comprobación, la Comisión Nacional impondrá a la propia institución financiera una multa que podrá ser hasta por el importe de lo condenado o bien la establecida en el artículo 94, fracción VII y requerirá nuevamente a dicho funcionario para que compruebe el cumplimiento puntual dentro de los quince días hábiles siguientes. Si no lo hiciere, se procederá en términos del artículo 81 y, en su caso, resultarán aplicables las disposiciones relativas a desacato de una orden judicial.

Sin perjuicio de lo anterior, la parte afectada podrá solicitar a la Comisión Nacional el envío del expediente al juez competente para su ejecución, la cual realizará conforme a lo previsto en su propia ley.”

De la lectura de estos artículos podemos apreciar que la CONDUSEF tiene facultad para imponer medidas de apremio, sin embargo cuando se trata de hacer cumplir obligadamente el laudo dictado, debe acudir al juez competente para que ejecute dicho laudo, en mi opinión ésta institución debería contar con la fuerza coactiva para hacer cumplir sus resoluciones, porque en la práctica se presenta al igual que sucede con la Procuraduría Federal del Consumidor que las instituciones o proveedores llegan a un acuerdo o incluso se llega a una resolución y posteriormente se niegan a cumplirla, por lo que el asegurador o el consumidor tienen la necesidad de recurrir al tribunal competente a demandar el cumplimiento del acuerdo o de la resolución, con lo que se pierde tiempo y se gana un tedioso trámite; esta situación es totalmente perjudicial para los seguros, sobre todo el de personas en el que se considera la vida, y los gastos médicos, finalmente al ser condenadas las empresas aseguradoras al pago de indemnización o la suma asegurada a los beneficiarios y no se cuenta con la fuerza coactiva para ejecutar el laudo la empresa no paga hasta que el órgano jurisdiccional la obliga a ello, y las personas beneficiadas cobran la cantidad debida después de mucho tiempo.

El arbitraje tiene dos formas en amigable composición y en estricto derecho; en amigable composición significa que el árbitro va a proceder conforme a la justicia del caso concreto, no se somete a regla alguna, sólo a lo que considere según su propia conciencia y equidad, tratando de que las partes lleguen a un arreglo benéfico para ambos, en la doctrina ésta figura se considera el antecedente del arbitraje en estricto derecho y una de las más antiguas; el arbitraje en estricto derecho es aquél que se lleva a cabo conforme a la ley, es decir que tanto las partes como el árbitro se someten a la misma, aquí se incluye un pacto arbitral o cláusula compromisorio que no es otra cosa más que el acuerdo de las partes de someterse a este arbitraje comprometiéndose al acatamiento total de la resolución que se llegue a dictar, éste pacto cláusula se hace por escrito incluso se incluye en algunos contratos en los que se dispone que en caso de conflicto las partes se someten al arbitraje.

La Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros establece en sus artículos 73 y 74 el fundamento para iniciar este procedimiento:

"Artículo 73.- En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, las partes facultarán, a su elección, a la Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros propuestos por ésta, para resolver en

conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada, la controversia planteada, y fijarán de común acuerdo y de manera específica las cuestiones que deberán ser objeto del arbitraje, estableciendo las etapas, formalidades, términos y plazos a que deberá sujetarse el arbitraje.

Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.”

“Artículo 74.- En el convenio que fundamente el juicio arbitral de estricto derecho, las partes facultarán, a su elección, a la Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros propuestos por ésta, para resolver la controversia planteada con estricto apego a las disposiciones legales aplicables, y determinarán las etapas, formalidades, términos y plazos a que se sujetará el arbitraje, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 75 de esta Ley.”

Para este mismo concepto la CONDUSEF con la finalidad de que los términos sean claros y no ocasionen mayores confusiones entre los usuarios de servicios financieros, ha conceptualizado estas figuras de la siguiente manera: “El arbitraje es una instancia o procedimiento legal, sustituto de autoridad, donde por voluntad de las partes se valen de un árbitro confiable con independencia de criterio e imparcialidad en el juicio que resuelva el problema de manera justa en el menor tiempo, renunciando a que la autoridad judicial conozca el conflicto.”¹⁷⁸

Así también define de manera sencilla lo que es el arbitraje en amigable composición señalando lo siguiente: “en el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, las partes facultarán a la CONDUSEF, o a alguno de los árbitros propuestos por ésta, para resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada, la controversia planteada, fijando de común acuerdo las cuestiones que deberán ser objeto del arbitraje estableciendo etapas, formalidades, términos y plazos. El arbitraje en estricto derecho es el proceso donde las partes formulan un compromiso arbitral y fijan las reglas del procedimiento que convencionalmente ellas mismas establecen. En el convenio que fundamente el juicio arbitral en estricto derecho, las partes facultarán a su elección, a la Comisión Nacional o a alguno de los árbitros propuestos por ésta, a resolver la controversia planteada con estricto apego a las disposiciones legales aplicables y determinarán las etapas, formalidades, términos y plazos a que se sujetará el arbitraje.”¹⁷⁹

¹⁷⁸ www.condusef.gob.mx

¹⁷⁹ Loc. cit.

Se sabe que en la actualidad las partes se someten al arbitraje de estricto derecho que ya tiene establecidos términos y formalidades, y este caso no es la excepción, pues la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros en su artículo 75 regula plazos y bases para éste procedimiento, esto con la intención de no desproteger al usuario, ya que es obvio que las instituciones financieras o de seguros son peritos en la materia y conocen tanto el derecho como los tecnicismos del mismo y por lo tanto no establecer alguna base sería como dejar a su arbitrio el procedimiento, pues el usuario no conoce tal situación y por ello sería imposible que estableciera términos o bases para llevar a cabo el arbitraje creando así un estado de desigualdad entre las partes.

En este procedimiento se pueden ofrecer y desahogar las pruebas que se consideren pertinentes para obtener un laudo favorable al asegurado si le asiste razón para ello, en caso de que se emita un laudo desfavorable puede interponer el juicio de amparo, que es el recurso que confiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros para aquella persona a quien no le resultó favorable la resolución.

“Artículo 78.- El laudo, así como las resoluciones que pongan fin a los incidentes de ejecución, sólo admitirán como medio de defensa el juicio de amparo.

Lo anterior sin perjuicio de que las partes soliciten aclaración 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.”

En contra del laudo dictado por la CONDUSEF, el autor Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores señala que “es procedente el juicio de amparo indirecto, ante los Juzgados de Distrito en materia administrativa, citando enseguida una tesis en la que se menciona que el fundamento para que proceda el juicio de amparo serán los artículos 107 encabezado de la fracción III y IV, constitucional y 114 fracción II de la Ley de Amparo; ésta tesis lleva como título: Seguros, Amparo contra un laudo de la Comisión Nacional de; y es publicación del año 1965, el mismo autor en su obra menciona que la CONDUSEF tratándose de materia de seguros, no tendrá que

acudir al juez para que ordene la ejecución y cumplimiento de los laudos dictados por la misma, así como aquellos laudos emitidos por los árbitros propuestos por ella¹⁸⁰;

Sin embargo como quedó señalado para hacer cumplir obligatoriamente un laudo se debe recurrir al juez competente, sin restar importancia a lo establecido en los artículos 80, 81, 82, 83 y 84 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, en los que se hace mención de que la CODUSEF tiene la facultad de hacer cumplir sus resoluciones, pero también se regula en estos artículos que para la ejecución de los laudos se enviará el expediente al juez competente, quienes estarán obligados a auxiliar a dicha Comisión.

En cuanto al juicio de amparo la citada tesis señala aplicables para que procede el artículo 107 constitucional fracciones III y IV, el artículo referido es del tenor siguiente:

“Artículo 107.- Todas las controversias de que habla el artículo 103 se sujetarán a los procedimientos y formas del orden público que determine la ley, de acuerdo a las bases siguientes:

III.- Cuando se reclamen actos de tribunales judiciales, administrativos o del trabajo, el amparo sólo procederá en los siguientes casos.

IV.- En materia administrativa el amparo procede, además, contra resoluciones que causen agravio no reparable mediante algún recurso, juicio o medio de defensa legal. No será necesario agotar éstos cuando la ley que los establezca exija, para otorgar la suspensión del acto reclamado, mayores requisitos que los que la Ley Reglamentaria del Juicio de Amparo requiera como condición para decretar esa suspensión.”

El artículo 114 de la Ley de Amparo que regula:

“Artículo 114.- El amparo se pedirá ante el Juez de distrito:

II.- Contra actos que no provengan de tribunales judiciales, administrativos o del trabajo.

En estos casos cuando el acto reclamado emane de un procedimiento seguido en forma de juicio, el amparo sólo podrá promoverse contra la resolución definitiva por violaciones cometidas en la misma resolución o durante el procedimiento, si por virtud de estas últimas hubiere quedado sin defensa el quejoso o privado de los derechos que la ley de la materia le conceda, a no ser que el amparo sea promovido por persona extraña a la controversia.”

¹⁸⁰ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. El Contrato de Seguro Privado. Ed. Porrúa. México, 2000. pp. 377-384.

Es cierto que el laudo emitido por la CONDUSEF es un acto que no proviene de tribunales judiciales, administrativos o del trabajo, que es una resolución que emana de un procedimiento seguido en forma de juicio, que es el arbitraje, en razón de este arbitraje el beneficiario puede o no quedar privado de sus derechos, que en el caso en particular sería el no poder cobrar la suma asegurada, hasta aquí puede existir aplicación del artículo 114 fracción II de la Ley de Amparo, por lo que se regula en el artículo 107 constitucional, fracción IV, si se puede entender que es materia administrativa, pero para la viabilidad del juicio de garantías se requiere establecer quien es la autoridad responsable, y para ello el siguiente artículo de la Ley de Amparo regula:

“Artículo 11.- Es autoridad responsable la que dicta, promulga, publica, ordena, ejecuta o trata de ejecutar la ley o el acto reclamado.”

En el caso específico, la CONDUSEF no es una autoridad ejecutora, si bien tiene facultad para imponer medidas de apremio para hacer cumplir sus laudos y demás resoluciones, de los citados artículos 81 y 84 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros se desprende que para la ejecución forzosa del laudo se debe acudir ante juez competente, por lo tanto no encuadra en la hipótesis del artículo 11 de la Ley de Amparo porque no ejecuta sus propios laudos y siguiendo esa línea se pone en duda la procedencia del juicio de garantías en contra de los laudos de dicha comisión, circunstancia utilizada por diversas instituciones no sólo de seguros sino también prestadoras de otro tipo de servicio financiero, que no cumplen con los laudos dictados por dicha Comisión y que les son desfavorables, obligando a los usuarios o asegurados a recurrir al Tribunal correspondiente para hacerlos cumplir.

Para fundamento de lo anterior, se puede citar la siguiente tesis, en la que se señala que la resolución de un árbitro es un acto de autoridad, pero para que pueda ser ejecutado se necesita del auxilio del juez correspondiente:

“ÁRBITRO. SUS RESOLUCIONES SON ACTOS DE AUTORIDAD, Y SU EJECUCIÓN LE CORRESPONDE AL JUEZ DESIGNADO POR LAS PARTES. Para la ejecución de un laudo arbitral es preciso la mediación de un acto realizado por un órgano jurisdiccional que, sin quitarle la naturaleza privada, asume su contenido, de modo que el laudo es ejecutable por virtud del acto jurisdiccional, que sólo es el complemento necesario para ejecutar lo resuelto por el árbitro, ya que el laudo es una resolución dictada por el árbitro que

dirime la controversia suscitada entre las partes, con calidad de cosa juzgada y constituye título que motiva ejecución, ante el Juez competente que debe prestar los medios procesales necesarios para que se concrete lo resuelto en el laudo. Por lo tanto, el laudo es una resolución que tiene los atributos de inimpugnabilidad, inmutabilidad y coercibilidad, sólo que la eficacia y realización concreta de lo condenado quedan siempre al Juez competente designado por las partes o el del lugar del juicio. El árbitro carece de la facultad de hacer cumplir, ante sí, el laudo que emitió, porque no tiene la potestad o imperium, que es uno de los atributos de la jurisdicción y que es inherente a los órganos jurisdiccionales del Estado. Ello implica que el árbitro carece de la fuerza del Estado para hacer efectiva la condena, pero el laudo en sí mismo no está despojado de los atributos de la cosa juzgada, puesto que la facultad de decidir la controversia es una delegación hecha por el Estado a través de la norma jurídica, y sólo se reserva la facultad de ejecutar. El Juez ante quien se pide la ejecución de un laudo dictado por un árbitro, para decretar el requerimiento de pago, únicamente debe y puede constatar la existencia del laudo, como una resolución que ha establecido una conducta concreta, inimpugnable e inmutable y que, por ende, debe provenir de un procedimiento en el que se hayan respetado las formalidades esenciales del procedimiento, y que no sea contrario a una materia de orden público. TERCER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO. Amparo directo 1303/2001. Constructora Aboumrad Amodio Berho, S.A. de C.V. 8 de marzo de 2001. Unanimidad de votos. Ponente: Neófito López Ramos. Secretaria: Lina Sharai González Juárez. Tesis aislada, Materia(s): Civil, Novena Época. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo: XIV, Julio de 2001. Tesis: I.3o.C.231 C. Página: 1107.

Véase: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XIV, noviembre de 2001, página 31, tesis por contradicción 2a./J. 56/2001 de rubro "COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO. SUS LAUDOS ARBITRALES SON ACTOS DE AUTORIDAD PARA EFECTOS DEL JUICIO DE AMPARO."

Cabe señalar que ésta tesis quedó superada por una jurisprudencia dictada en noviembre de 2001, en la que se menciona que los laudos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico sí constituyen actos de autoridad para los efectos del juicio de amparo, sin perder de vista que ésta jurisprudencia solo tiene aplicación al caso en específico, es decir a los laudos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, por lo que a la CONDUSEF se puede seguir aplicando el criterio de la tesis citada.

Lo que se traduce en una irregularidad en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, en donde se crea la CONDUSEF como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tendrá como finalidad promover, asesorar,

proteger y defender los derechos e intereses de los usuarios frente a las instituciones financieras, para desarrollar esas actividades se puede promover una reclamación lo que origina una conciliación y a elección de las partes el sometimiento al arbitraje, hasta aquí es una idea que puede beneficiar a los usuarios de las instituciones financieras, pero que sucede cuando se dicta un laudo y se tiene que someter a un juez competente para su ejecución, en primer lugar ya se perdió un tiempo en la conciliación y después en el arbitraje, segundo al tener que acudir ante juez competente se traduce en un procedimiento en el que se lleva otro tiempo por los términos que exige la ley procesal y que deben invariablemente cumplirse, teniendo como resultado que la cantidad que dejó el asegurado a su beneficiario, se le pague en el transcurso de 1 o 2 años y ya para ese tiempo el beneficiario tuvo que efectuar diversos gastos ya sea que pague o no abogado particular, todo éste trámite traducido en tiempo, se puede evitar si la CONDUSEF como organismo público descentralizado tuviera la facultad de ejecutar sus propias resoluciones, haciendo uso de todas las medidas de apremio que se establecen en la ley procesal.

b).- El siguiente medio de defensa que se tiene es la vía ordinaria mercantil, encuentra su fundamento en los artículos 1055 y 1377 del Código de Comercio que señalan:

“Artículo 1055.- Los juicios mercantiles son ordinarios, ejecutivos o los especiales que se encuentren regulados por cualquier ley de índole comercial, los cuales se sujetarán a las siguientes reglas:”

“Artículo 1377.- Todas las contiendas entre partes que no tengan señalada tramitación especial en las leyes mercantiles, se ventilarán en juicio ordinario”

A lo largo de este trabajo se ha realizado el análisis de la póliza de seguro, que es el documento base de la acción en juicio, concluyendo que no es un título ejecutivo, por lo tanto para iniciar el procedimiento son aplicables ambos preceptos, pues no existe una tramitación especial, para la controversia que surja por un contrato de seguro, ni tampoco, en virtud de esa naturaleza jurídica de la póliza puede ser un juicio ejecutivo ya que como se verá en líneas posteriores, la conciliación no es, primero un recurso sino un medio de impugnación que tiene el asegurado y segundo no es obligatorio.

Al recurrir a esta vía también se pueden considerar dos supuestos: el primero cuando se haya optado por la conciliación, al no llegar a acuerdo alguno la CONDUSEF exhorta a las partes a que se sometan al arbitraje, si la decisión de la empresa es negativa, es decir que no acepte el arbitraje, se dejan a salvo los derechos para que el asegurado o contratante demande ante tribunal local o federal; por lo general este tipo de controversia se ventila en un tribunal local; y el segundo supuesto se presenta ante la negativa por parte del asegurado o contratante de interponer su reclamación o queja ante la citada Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y entonces se presenta la demanda ante el tribunal correspondiente sin tener que pasar por la conciliación y el arbitraje, etapas que había que agotarse porque eran obligatorias en la ley hasta antes de enero de 2000, por mandato del artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, que fue derogado en la citada fecha de enero de 2000.

Sin embargo, aún estando derogado el artículo 135, el artículo 136 de la mencionada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, establecía anterior a la última reforma de Febrero de 2005, que:

“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 a que se refiere la fracción I del artículo anterior.

En cualquier momento en que aparezca que no se agotó el procedimiento conciliatorio, deberá sobreseerse la instancia e imponer al actor las costas originadas por el procedimiento.

La omisión del procedimiento conciliatorio en la vía administrativa constituye, además una excepción dilatoria que puede interponerse por la empresa de seguros demandada. . . .”

Este artículo era inconstitucional porque limitaba la garantía de administración de justicia pronta y expedita consagrada en el artículo 17 segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al obligar a los usuarios de servicios financieros a interponer un procedimiento de conciliación ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que es un órgano administrativo que no ejerce funciones jurisdiccionales, antes de acudir al tribunal correspondiente, y que además al no agotar ésta vía se podía imponer gasto de costas originadas por el juicio, lo que es una violación al citado artículo, si bien es cierto que la vía

conciliatoria es un procedimiento alternativo que puede dar solución a la controversia planteada, y que se considera una vía expedita que aligera la carga de trabajo de los tribunales, también es cierto que dicho procedimiento tiene carácter optativo y no obligatorio, de lo contrario se puede considerar como un obstáculo para la impartición de justicia, que incluso no se encuentra establecido en la Constitución, por lo que al obligar a los particulares a someterse a la conciliación violaba en todo momento el artículo 17 constitucional.

A la fecha no es obligatorio agotar la etapa conciliatoria, pues el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas fue derogado y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de Enero de 2000, por lo tanto se puede recurrir ante los tribunales del fuero común a interponer la demanda sin la necesidad de agotar la instancia de la conciliación.

Del texto citado del artículo 136 se desprende que el mismo hacía mención a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la cual por lo que hace a la atención de quejas, conciliación y arbitraje quedó sustituida por ministerio de ley por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, de conformidad con el artículo transitorio tercero publicado en el Diario Oficial de la Federación del 18 de Enero de 1999, por lo que a partir de esa fecha se entiende que el procedimiento conciliatorio y arbitral se desarrollará ante ésta institución (CONDUSEF).

Estas irregularidades de la ley, se han ido subsanando como es el caso del artículo 136 en cita, que con la reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del 23 de Febrero de 2005, cambió su texto y ya hace mención a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, incluso desapareció de su texto lo apuntado anteriormente, con lo que deja de ser inconstitucional, para quedar como sigue:

“Artículo 136.- En materia jurisdiccional, para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la empresa de seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez lo comunicará a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los usuarios de Servicios Financieros a efecto de que ordene el remate de valores invertidos propiedad de la empresa de seguros, para pagar a la persona en cuyo favor se hubiere dictado la sentencia. Dicha Comisión deberá cumplir con

la solicitud que al efecto le haga el Tribunal dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que la reciba.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo será nulo.”

En mi opinión y conociendo la forma en que se desenvuelven las empresas aseguradoras en la actualidad, quienes pareciera que tienen por objeto encontrar alguna causa por muy pequeña que sea para no pagar y en el caso de que se trata en este trabajo, pienso que es más conveniente entablar la demanda en la vía ordinaria mercantil, porque tanto la nulidad como la rescisión son figuras técnicas que requieren de un mayor estudio y apreciación de los hechos para que sean determinadas, y no dejar una situación tan especial como lo es un seguro de vida, a la generalidad que señala la Ley Sobre el Contrato de Seguro, sin restar importancia a la CONDUSEF que ha sido creada con el objeto de asesorar, proteger y defender los derechos e intereses de los usuarios de las instituciones financieras.

4.2 PROBLEMÁTICA DE LA RESCISIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

En este apartado y estudiada la rescisión en el aspecto general del Contrato de Seguro, analizaré las causas de rescisión que establece la Ley Sobre el Contrato de Seguro, avocándome exclusivamente a lo concerniente al seguro de vida.

4.2.1 CAUSAS

La rescisión del contrato de seguro procede ante el incumplimiento culpable de una de las partes de las obligaciones estipuladas en el contrato; la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece en que casos la Aseguradora tiene la facultad de rescindir el contrato inclusive señalando causas de rescisión de pleno derecho, lo cual fue explicado en el capítulo anterior concluyendo que no existe tal rescisión, sin embargo la ley de la materia la refiere en algunos de sus preceptos, mismos que trataré de explicar, así como también los efectos de dicha rescisión.

Son causas de rescisión del contrato de seguro de vida las siguientes:

- a).- Por omisión o inexactas declaraciones del asegurado (Art. 47 LSC).
- b).- Por agravación del riesgo (Art. 52 y 63 LCS).
- c).- Por inexacta indicación de la edad (Art. 160 LCS).
- d).- Por falta de pago de primas (Art. 181 LCS)

Enseguida explico cada una de estas causales:

- a).- Omisión o inexactas declaraciones del asegurado:

El artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece la rescisión de pleno derecho del contrato de seguro si se presenta cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la citada ley, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Entendiendo como omisión o inexacta declaración una falta a la verdad de los hechos declarados, y esos hechos en el caso que nos ocupa se refieren a la contestación de los cuestionarios en el que se deben expresar las enfermedades padecidas, los hábitos, vicios, actividades, en sí todas aquellas circunstancias que influyen en la vida del asegurado, que se

toman en cuenta para la cuantificación de la suma asegurada y de las primas a pagar, en el caso del seguro que nos ocupa, el riesgo no está en duda pues se refiere a la muerte o sobrevivencia de la persona, lo que no es certero es el tiempo en que va a ocurrir, en el que influye la actividad, hábitos y costumbres de la persona objeto del seguro, es lógico pensar que corre un mayor riesgo de muerte un fumador que no practica un deporte, que una persona dedicada al atletismo, por lo que al declarar sobre las circunstancias que atañen la vida de la persona, no debe mediar ninguna omisión.

Ante tal situación, mi opinión es contraria, pienso como lo señalé en el apartado anterior, que se trata de una nulidad y no de una rescisión, pues al omitir un dato o declararlo sin exactitud se incurre en un vicio de la voluntad y por lo tanto procede la nulidad, sin embargo la Ley Sobre el Contrato de Seguro le da tratamiento de rescisión, y ello quizá porque se puede dar el caso de que una persona manifestándose sana adquiere un seguro de vida y al morir se percatan de que dicha persona padecía alguna enfermedad que influyó de alguna forma en su muerte, ante tal circunstancia la empresa no paga la suma asegurada a los beneficiarios, pero el citado artículo 47 también regula que se presenta la rescisión aunque la omisión o inexactitud no haya influido en la realización del riesgo, esto es que se si la persona se muere y aunque la enfermedad que padecía no influyó, simplemente la empresa no paga a los beneficiarios.

Sin embargo y aunque en mi opinión se trata de una nulidad, las tesis jurisprudenciales antes transcritas apuntan a una rescisión del contrato de seguro, como una excepción a la regla general y ello quizá porque el contrato surgió a la vida, produjo efectos, y lo más importante, es una obligación del asegurado conducirse con la verdad y declarar exactamente lo que se le pide, es decir en todo momento actuar de buena fe, explicación a la que puede añadirse que en múltiples ocasiones la empresa no descubre la omisión o inexactitud en lo manifestado por el asegurado hasta el día en que ocurre el siniestro, aunque éste no haya estado influenciado por dicha omisión o inexactitud.

Para que sea procedente la excepción de rescisión del contrato de seguro de vida, se debe contar con ciertos presupuestos:

1.- Que el asegurado haya contestado un cuestionario por escrito, en el que se manifiesten todos los hechos importantes que influyen para la apreciación del riesgo y por lo tanto para la celebración del contrato, cuestionario que es previo y condición del contrato.

2.- Que el asegurado al contestar el cuestionario incurra, en omisiones o inexactas declaraciones sobre los hechos, antes citados.

3.- Que en el caso de que el contratante sea diverso al asegurado o se lleve a cabo a través de un representante legal, esas circunstancias y hechos sea conocidos por ambas personas.

Ahora bien para que opere la excepción de rescisión del contrato de seguro de vida, por falsas e inexactas declaraciones, será necesario que la Aseguradora acredite:

1.- Que existe una omisión o inexacta declaración por parte del asegurado.

2.- Que esa omisión o inexacta declaración se encuadre en la hipótesis a que se refieran los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

3.- Que la empresa aseguradora comunique de forma auténtica la rescisión del contrato al asegurado o a sus beneficiarios, comunicación que deberá hacerse dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que el propio asegurador conozca la omisión o inexacta declaración. Este requisito se encuentra establecido en el artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que indica:

“Artículo 48.- La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.”

Este artículo fue reformado y publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 2 de Enero de 2002, con lo que se aumentaron a treinta días el plazo en que la aseguradora debe comunicar al asegurado la rescisión del contrato, y se aclaró que dicho plazo debe ser contado en días naturales, el texto del artículo anterior solo establecía quince días de plazo, sin señalar si eran naturales o hábiles con lo que se creaba una gran confusión con los términos, pues es de

entenderse que los días hábiles se cuentan en la legislación procesal y dentro de la Ley del Contrato de Seguro era necesaria la aclaración; pero además un aspecto importante es que ahora la rescisión también puede ser comunicada a los beneficiarios, aspecto que el anterior artículo no manejaba y que por ello se producían diversos problemas, el texto del artículo anterior señalaba:

“Artículo 48.- La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado la rescisión del contrato, dentro de los quince días siguientes a la fecha en que el mismo asegurador conozca la omisión o inexacta declaración.”

Según éste artículo la rescisión debía ser comunicada al asegurado dentro de quince días a partir de que el asegurador conociera de la omisión o inexacta declaración, aquí destacaba un aspecto importante que se subsanó con la reforma, porque como lo argumentó en su momento el profesor Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores: “en el seguro de vida que pasa cuando la empresa aseguradora tiene conocimiento de la falsedad de los hechos declarados por el asegurado después de su muerte, la rescisión del contrato no puede llevarse a cabo en la forma señalada por los artículos 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, porque fallecido el asegurado, no existe en términos generales, persona alguna a la que pueda notificársele la rescisión.”¹⁸¹

Siguiendo los lineamientos del autor en cita, se desprende que argumenta la existencia de diversas opiniones que dicen “que la rescisión del contrato puede y debe hacérsele a la sucesión del asegurado, puesto que las leyes civiles consideran que, la sucesión es la misma persona del fallecido, sin embargo los beneficiarios en un contrato de seguro de vida generalmente no son ni herederos, ni causahabientes, sino terceros beneficiarios con el contrato de seguro, cuyos derechos nacen por el simple motivo del fallecimiento del asegurado. Nada tiene que ver la sucesión con la obligación que por virtud del contrato de seguro adquiere una empresa aseguradora para hacer entrega de una cantidad determinada a los beneficiarios de un contrato de seguro.”¹⁸²

¹⁸¹ Cfr. Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. El Contrato de Seguro Privado. Ed. Porrúa, México 2000. p. 274.

¹⁸² Cfr. Idem.

No pasa desapercibido para el autor que “cuando fallece el asegurado y la empresa aseguradora tiene conocimiento que existieron omisiones y falsas declaraciones al celebrarse el contrato, la aseguradora puede considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro y, para el caso de que sea demandada, al contestarse la demanda, hacer valer como excepción frente a los beneficiarios esa rescisión llevada a cabo. Esta interpretación resulta notoriamente inadecuada, pues si bien es cierto que sí se puede hacer valer frente a los beneficiarios la excepción de haberse considerado rescindido de pleno derecho el contrato, para que pueda considerarse válidamente constituida la excepción, tendrá que acreditarse que el procedimiento se había llevado a cabo cumpliendo con lo dispuesto no sólo por el artículo 47 de la citada Ley Sobre el Contrato de Seguro sino también por el artículo 48 del mencionado ordenamiento legal, toda vez que la excepción, si bien es cierto que puede hacerse valer atento a lo establecido por el artículo 30 de la misma ley, para que estuviera constituida como tal, derivada de esta ley, tendría que haberse realizado en los términos expresados; esto es, que se hubiera considerado rescindido el contrato y que se le hubiera notificado al asegurado.”¹⁸³

“En la Revista Mexicana de Seguros citada por el autor mencionado se señala que: Debe concluirse que, cuando existiendo un contrato de seguro de vida fallece el asegurado y la empresa descubre con posterioridad que existieron omisiones o falsas declaraciones de su parte que viciaron su consentimiento, sólo puede hacer valer frente a los beneficiarios la nulidad de ese contrato de conformidad con lo establecido para ese efecto por la ley civil y no proceder en los términos establecidos por los artículos 47 y 48 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que deben considerarse los ideó, planeó y propuso el legislador para que surtieran sus efectos durante la vida del asegurado.

La opinión del autor de la presente obra, respecto a este tema, es que si la empresa aseguradora tiene conocimiento que existieron omisiones y falsas declaraciones al celebrarse el contrato, la aseguradora debe rescindir de pleno derecho el contrato de seguro en los términos que establecen los citados artículos 47 y 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.”¹⁸⁴

¹⁸³ Cfr. Ob. cit pp. 274-275.

¹⁸⁴ Cfr. Ob. cit. pp. 277-279.

Quizá la reforma a la ley pretendió que ésta situación quedara superada y así el artículo 48, indica que en caso de rescisión del contrato de seguro por falsas y omisas declaraciones, la comunicación debe hacerse al asegurado o a sus beneficiarios, entendiéndose en este último caso que el asegurado falleció, por lo tanto la aseguradora podrá hacer efectiva ésta excepción en contra de ellos, cuestión con lo que no estoy de acuerdo, porque en el caso de que el asegurado haya fallecido y se descubre la omisión o inexacta declaración, la aseguradora lo que hace es no pagar, y no oponer la excepción de rescisión, muy al contrario al no pagar está considerando la nulidad del contrato de seguro de vida.

Lo anterior encuentra razón en el artículo 30 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que indica:

“Artículo 30.- La empresa aseguradora podrá oponer al tenedor de la póliza o a los terceros que invoquen el beneficio, todas las excepciones oponibles al suscriptor originario, sin perjuicio de oponer las que tenga contra el reclamante.”

De éste artículo se desprende que fallecido el asegurado y dándose cuenta la empresa aseguradora de que existieron omisas o Inexactas declaraciones al momento de celebrar el contrato, conforme al artículo 47 se rescinde, y puede oponer la excepción de rescisión a los beneficiarios y entonces se deja en estado de indefensión a estos, porque la rescisión que tuvo como origen una falsedad en declaración no atañe a estos sólo al asegurado que ha fallecido; por lo que en mi opinión nuevamente menciono que la ley debe ser precisa y clara en estos aspectos que son de suma importancia para regular al seguro de vida, al que no es posible aplicar todas las reglas generales de los seguros.

b).- La segunda hipótesis se refiere a la agravación del riesgo: Se mencionó que la agravación del riesgo va a ser la alteración o modificación de este, que agrave su realización, y que el asegurado tiene la obligación de informar de dicha agravación esencial del riesgo, debe tenerse en cuenta que en el caso del seguro de vida en el que el riesgo tiene certeza de ocurrir sin saber en que momento, la agravación del riesgo se consideraría como una modificación a las actividades, costumbres, hábitos de la persona o en su caso a una enfermedad que sobrevenga posterior a la celebración del contrato, la cual cambiaría las condiciones de dicho contrato, en este caso hay preceptos que regulan tal situación:

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

“Artículo 63.- La empresa aseguradora estará facultada para rescindir el contrato, cuando por hechos del asegurado, se agraven circunstancias esenciales que por su naturaleza, debieran modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo.”

En el primer artículo se regula como causa de rescisión del contrato, el hecho que el asegurado no de el aviso de la agravación del riesgo dentro de las 24 horas siguientes al momento en que lo conozca, y señalo rescisión porque la ley indica la cesación de pleno derecho, y como se ha venido mencionando en primer lugar no existe de pleno derecho y en segundo del texto de la ley se comprende que aquí se habla de palabras sinónimas, aunque se hizo una breve explicación a estas figuras en el capítulo tercero, aquí la cesación es entendida como la terminación de las obligaciones, por lo tanto existe una rescisión del contrato en el momento en que el asegurado incumpla con la obligación señalada en este artículo, que aplicado al seguro de vida se tiene que en caso de que una persona contrate un seguro bajo circunstancias en las que señala que su actividad es meramente en una oficina, y posterior se dedica a volar aeroplanos, tal hecho debe ser comunicado a la empresa para que ésta manifieste si la suma asegurada debe modificarse y con ello el pago de las primas o seguir en las mismas condiciones.

El segundo artículo regula que el contrato se rescinde cuando se agrave el riesgo por hechos del asegurado, hasta aquí es lo mismo que el anterior precepto que en su parte final indica “. . . . o si él (el asegurado) provoca una agravación esencial del riesgo. . .”, solo que el artículo 63 indica que se rescinde el contrato aunque la agravación modifique el riesgo sin llegar a transformarlo, en síntesis es lo mismo: ante la agravación esencial del riesgo procede la rescisión aunque tal agravación no llegue a modificar dicho riesgo, el asegurado en ambos preceptos tiene la obligación de comunicarlo a la empresa, el problema es que la ley tiene como estos preceptos muchos otros que en general sostienen la misma hipótesis pero que como está redactado en diversa forma hacen caer a los usuarios de seguros en grandes confusiones no con ello se les exime de su obligación de cumplirla, pero si critico la forma en que dicha ley está redactada.

c).- En la tercera hipótesis se regula la edad del asegurado, primer artículo que se encuentra en el título referente al contrato de seguro sobre las personas, que a la letra señala:

“Artículo 160.- Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.”

En general las empresas aseguradoras establecen que la edad para contratar un seguro tendrá como límite los 70 años; en el caso del seguro de vida se puede contratar un seguro sobre la vida de un menor de edad pero mayor de doce años quien deberá contar con el consentimiento de su representante legal, estableciéndose así los límites de la edad, ello es lógico porque si la persona tiene 80 años al momento de celebrar el contrato, a la empresa no le conviene asegurarlo, ésta persona va a fallecer pronto, y ya no es considerado ni siquiera para la estabilidad de un trabajo, a menos que su trabajo sea independiente, pero ésta situación como la de los menores de edad que ya se estudió se presta a celebrar contratos sobre ellos para posteriormente cometer homicidio y cobrar la suma asegurada, obviamente maquinando de forma inteligente la situación, y así asegurar a una persona mayor de 70 años, quedar como beneficiario y posteriormente matarlo y recibir el seguro.

Por tal situación las empresas en este aspecto se conducen con cierta rigidez y al momento de celebrar el contrato solicitan el acta de nacimiento o la credencial de elector de donde se desprende la edad del que será asegurado, no con ello se evita el fraude con estos documentos, sin embargo es una forma de que la aseguradora tenga certeza de la identidad y edad del asegurado.

Si la edad al momento de celebrar el contrato, está fuera de los límites fijados por la empresa el contrato se rescinde, pero si la edad está dentro de dichos límites sólo se aclara, se hacen las anotaciones correspondientes y el contrato continúa surtiendo efectos, con los ajustes necesarios tanto en la suma asegurada como en las primas que se pagan, esto es, otra circunstancia que se toma en cuenta para valorar el riesgo, la suma y la prima, es la edad, por lo tanto al convalidarse la irregularidad que presenta el contrato y que se refiere a la edad del

asegurado, ajustar la suma asegurada y la prima que se paga, ya sea que se aminore o que suba el monto de ambas.

d).- La cuarta hipótesis que considero la más clara, es la que regula el siguiente precepto:

“Artículo 181.- Si después de cubrir tres anualidades consecutivas, se dejan de pagar las primas, el seguro quedará reducido de pleno derecho, de acuerdo con las normas técnicas establecidas para el caso, las cuales deberán figurar en la póliza.”

Este es un caso típico de incumplimiento de contrato por falta de pago y técnicamente es una rescisión de dicho contrato, aunque el artículo indica el concepto “reducido de pleno derecho”, aquí obligación primordial del contratante o asegurado es el pago de las primas correspondientes, al no existir éste la empresa puede demandar la rescisión de dicho contrato, y solo obligarse a devolver una parte de la reserva matemática, aunque en diversas ocasiones no hay devolución de dinero porque la Aseguradora realiza en su beneficio cuentas que arrojan una irrisoria cantidad como devolución.

4.2.2 EFECTOS.

La rescisión tiene como consecuencia la resolución o terminación de los efectos del acto jurídico, en este caso se traduce en la pérdida de la vigencia de la póliza del seguro, aparte de este efecto, la rescisión tiene otro tipo de consecuencia dependiendo de las circunstancias en que se haya presentado, así en este tema se abordará la explicación siguiendo el orden en que fueron expuestas las hipótesis en que procede la rescisión:

a).- En el caso de omisión e inexactas declaraciones del asegurado, la ley de la materia establece en su artículo 51 que al presentarse la rescisión (este artículo maneja el concepto de rescisión unilateral, cuestión que como ya se estudió no es posible), la empresa:

1.- Conservará su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión, es decir que si la empresa se percató de la omisión o inexacta declaración del asegurado mientras éste viva y procede a llevar a cabo la rescisión del contrato, la empresa se queda con el importe de la prima si ya se pagó o de lo contrario puede exigir dicho monto, según la interpretación del citado artículo.

2.- Si la rescisión tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para la empresa, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados, es decir que el asegurado en ambas hipótesis es el perjudicado, luego si el riesgo comenzó a correr que en este caso sería el que el asegurado muriera, la empresa no reembolsa ningún gasto y obviamente no paga la suma asegurada.

3.- Si la prima se hubiere pagado anticipadamente por varios períodos del seguro, la empresa restituirá las tres cuartas partes de las primas correspondientes a los períodos futuros del seguro, es decir que declarada la rescisión y si se pagó por adelantada la prima el asegurado o contratante tiene derecho a que se le restituya solo tres cuartas partes de lo pagado, si el asegurado está en posibilidad de reclamar el pago, pero si el riesgo ya ocurrió y el asegurado falleció, la empresa no paga esas tres cuartas partes a los beneficiarios, en el caso de que se tenga la posibilidad de reclamar el pago se tienen que llenar tantos requisitos que se convierte en un trámite engorroso y largo para los asegurados.

b).- Cuando se trata de la agravación del riesgo (Artículos 52 y 63 LCS), causado con dolo y mala fe por parte del asegurado, éste perderá las primas que hasta el momento de la declaración de la rescisión se hubieren pagado, insisto que mientras el riesgo no haya ocurrido, de lo contrario fallecido el asegurado no sólo las primas se pierden, si no también la suma asegurada, esto se encuentra regulado en el siguiente precepto:

“Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.”

c).- Ante una inexacta indicación de la edad (artículo 160 LCS), que esté fuera de los límites permitidos por la empresa y en la que proceda la rescisión del contrato, dicha empresa:

- 1.- Devolverá al asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.
- 2.- En esta hipótesis se ignora nuevamente el aspecto de que se presente la rescisión del contrato cuando ya murió el asegurado, en este caso y según el precepto al declararse la rescisión se tiene derecho a la reserva matemática, sin embargo esa cantidad no es entregada a los beneficiarios aunque la reclamen; pero en el artículo 161 fracción IV, se regula la circunstancia de que si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubre que su edad fue incorrecta pero se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa está obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real; por lo tanto de esto se infiere que si el asegurado falleció y posteriormente la empresa se percata de la inexactitud de la edad que no se encuentra dentro de los límites permitidos, los beneficiarios no pueden cobrar la suma asegurada, ni la empresa paga cantidad alguna por cualquier otro concepto.

d).- En caso de que hubieren dejado de pagarse las primas del seguro (Artículo 181 LCS), el contrato se reduce regula la ley, que no es más que una rescisión, pues la póliza perderá su vigencia, en este caso el asegurado tendrá derecho a una parte de la reserva matemática, siempre y cuando haya pagado tres anualidades consecutivas según lo indica el artículo 182:

“Artículo 182.- El asegurado que haya cubierto tres anualidades consecutivas, tendrá derecho al reembolso inmediato de una parte de la reserva matemática, de acuerdo también con las normas técnicas establecidas para el caso, las cuales deberán figurar en la póliza.”

Por lo tanto si no se pagaron tres anualidades, no se tendrá derecho a reembolso alguno y en este caso no hay duda, la póliza pierde o deja de tener su vigencia, y el asegurado dependiendo de las primas que haya pagado tendrá o no derecho al reembolso, y en los casos de seguros de vida en múltiples ocasiones aunque se hayan pagado tres o más anualidades y posteriormente se presenta el incumplimiento de pago se tiene derecho a una parte muy pequeña de la reserva matemática que incluye un largo trámite.

4.2.3 MEDIOS DE INCONFORMIDAD O DE IMPUGNACIÓN EN CONTRA DE LA DECLARACIÓN DE RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

En la rescisión de un contrato de seguro de vida de igual manera da permisibilidad de acudir a la reclamación para proceder a la conciliación y en su caso al arbitraje; o en su lugar, como ejercicio de una pretensión la demanda que se maneja en la vía ordinaria mercantil ante los tribunales correspondientes, sin embargo existen circunstancias que deben ser tomadas en cuenta al momento de intentar cualquiera de los medios de defensa con que cuenta el asegurado.

En la práctica existen múltiples problemas en lo que concierne a las omisiones o inexactas declaraciones, la ley de la materia no es clara al establecer de que forma se rescinde el contrato y más aún de que forma procede a la rescisión "de pleno derecho" y cómo da aviso al asegurado o a sus beneficiarios de que su contrato es nulo, primero la rescisión no existe de pleno derecho y segundo el artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que fue reformado para incluir que el aviso de rescisión del contrato se enviara también a los beneficiarios, con lo que se asume que se aplica en caso de que el asegurado fallezca, es decir que al no existir asegurado se tiene que informar a los beneficiarios, regula que el aviso debe darse de forma auténtica dentro de los 30 días naturales siguientes al momento en que se conozca la omisión, sólo que la ley no establece cual es la forma auténtica de dar el aviso, que requisitos debe llevar ese aviso y tampoco la forma de establecer la fecha exacta para el cómputo de los treinta días a que se alude, el artículo citado es del tenor siguiente:

"Artículo 48.- La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración."

En ningún momento se establece cual es la forma auténtica de dar el aviso, comúnmente se envía por correo ordinario, o la empresa espera a que el asegurado pregunte directamente en sus oficinas sobre su trámite para cobrar la suma asegurada, y hasta ese momento después de iniciar el trámite para su cobro e ingresar los documentos correspondientes se le avisa que su

contrato fue rescindido; siguiendo la línea del aviso auténtico de la rescisión del contrato, sería más sencillo si dicho aviso se enviara a través del correo certificado o es más a través de una notificación judicial por medio de una jurisdicción voluntaria; sin embargo todos estos problemas se evitarían si las aseguradoras acuden al tribunal correspondiente a demandar la rescisión del contrato, de ésta forma tendrá la certeza de que el asegurado o sus beneficiarios se enteren de la decisión tomada por la empresa y sobre todo permite que el asegurado o contratante se defienda, ya que así la aseguradora tiene que acreditar las causales de la rescisión y lograr en juicio una sentencia favorable, de lo contrario se le deja en estado de indefensión.

En cuanto a los requisitos que debe contener el aviso enviado al asegurado o a sus beneficiarios los Tribunales Colegiados han establecido que debe contener las causas que motivaron la rescisión unilateral, es decir que contemplan en todo momento que existe y es justa la rescisión "de pleno derecho" y además que procede si el aviso cuenta con las causales de la rescisión, a continuación transcribo la tesis:

"CONTRATO DE SEGURO. EL AVISO DE RESCISIÓN DEBE CONTENER, EN FORMA AUTÉNTICA, LA CAUSA O CAUSAS QUE MOTIVARON A LA ASEGURADORA PARA DAR POR CONCLUIDA, ANTICIPADAMENTE, LA RELACIÓN CONTRACTUAL. De la interpretación armónica de los artículos 47 y 48 de la Ley sobre el Contrato de Seguro se desprende que pesa sobre la aseguradora la obligación de comunicar en forma auténtica al asegurado la rescisión del contrato, y aun cuando la propia ley no señala los requisitos que debe reunir dicho aviso, lo cierto es que por elemental justicia, se estima que al menos debe contener la causa o causas que en su caso motivaron que la aseguradora optara por ejercitar unilateralmente ese derecho, pues de otra manera se deja en indefensión al asegurado o a sus beneficiarios, al no poder preparar una adecuada defensa. El contrato de seguro se rige por el principio de buena fe de las partes, de tal manera que el asegurado debe contestar con la verdad a las preguntas que la aseguradora le formule, porque a través de esas declaraciones podrá la empresa conocer y evaluar las circunstancias que influyen en el riesgo que va a asumir; pero la aseguradora también debe conducirse con buena fe, ya que si opta por rescindir el contrato, debe informar al asegurado o beneficiarios en forma auténtica la causa o causas que motivan la decisión de dar por concluida, anticipadamente, la relación contractual. CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO. Amparo directo 9004/2002. Héctor Sobrino Caballero y otra. 7 de octubre de 2003. Unanimidad de votos. Ponente: Gilda Rincón Orta. Secretaria: Georgina Vega de Jesús. Tesis aislada, Materia(s): Civil, Novena Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo: XIX, Marzo de 2004, Tesis: I.4o.C.67 C, Página: 1532."

Para que proceda la rescisión de un contrato de seguro si existieron las omisiones o inexactas declaraciones, éstas deben acreditarse fehacientemente y aquí la carga de la prueba la tiene la aseguradora, quien es la que está rescindiendo el contrato, por lo tanto debe probar que se cometieron omisiones o inexactas declaraciones por parte del asegurado en el momento de llenar los documentos del contrato, si se considera que la rescisión obedece a una agravación esencial del riesgo, igualmente la carga de la prueba la tiene la aseguradora, que debe comprobar que la agravación se presentó y que es de esencial importancia para la apreciación del riesgo.

Otro aspecto que debe tomarse en cuenta y que también es una irregularidad en la ley es lo relativo al cómputo de los treinta días a que se refiere el citado artículo, en la ley no se establece como debe computarse, solo menciona que se cuenta a partir de que la aseguradora se enteró de la omisión o inexactitud de declaraciones, y como va a saber el asegurado o los beneficiarios en que momento se entera la empresa para proceder a hacer el cómputo, y a partir de éste establecer si el aviso se dio en tiempo, y por lo tanto si es procedente o no, siguiendo la línea que regula la ley; nuevamente en tesis jurisprudenciales tenemos el criterio de que es procedente la rescisión unilateral y de que el cómputo puede contarse a partir de que feneció el término en que la aseguradora debe dar respuesta a la reclamación del beneficiario para cobrar la suma asegurada, en estas mismas tesis se lee que existe una laguna en la ley en ese sentido, pues es obvio que dichas tesis solo tienen aplicación para el caso concreto que dio su origen, pues resulta difícil su aplicación para otros asuntos, porque no todos presentan la misma situación, y es por tal circunstancia que las empresas aseguradoras valiéndose de tantas irregularidades rescinden los contratos y cuando acude el beneficiario simplemente le niegan el pago, provocando que éste tenga que recurrir a alguna instancia para tratar de solucionar su problema, a continuación se transcriben dos tesis que presentan en su texto las circunstancias señaladas, dichas tesis mencionan como término para dar el aviso de rescisión 15 días, ello en virtud de que se dictaron con la ley anterior a 2002, ahora son 30 días naturales:

“CONTRATO DE SEGURO. CASO EN QUE NO PROCEDE LA EXCEPCIÓN DE RESCISIÓN POR OMISIONES O FALSAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO. El artículo 48 de la Ley sobre el Contrato de Seguro impone como obligación a las aseguradoras, para el caso de rescindir el contrato por omisiones o falsas declaraciones, la de notificarle en forma cierta la rescisión del contrato al asegurado, dentro de los quince días siguientes a la fecha en que el

asegurador conoció tal omisión o inexacta declaración. En tal virtud, si de constancias se advierte que el apoderado legal de la aseguradora manifestó ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, como justificación, que no había liquidado la suma a la que se obligó porque la quejosa declaró con falsedad al celebrar el contrato, dicha expresión implica que la aseguradora se ostentó sabedora de tal circunstancia, y por no existir otro elemento de prueba que permita computar el plazo de quince días a partir del que la empresa podía rescindir el contrato, tal manifestación es suficiente para considerar que a partir de ese momento empezó a correr el plazo señalado. Por lo que si la aseguradora no rescindió el contrato o no se lo hizo saber a la quejosa en forma cierta dentro de ese término, es ilegal considerar fundada y procedente la excepción planteada por la aseguradora para oponerse al pago de la suma pactada en el contrato de adhesión, invocando la rescisión del contrato. NOVENO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO. Amparo directo 4539/2001. María Consuelo Porta Pedraza. 28 de septiembre de 2001. Unanimidad de votos. Ponente: Indalfer Infante Gonzáles. Secretario: Mario Alejandro Moreno Hernández. Tesis aislada, Materia(s): Civil, Novena Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo: XV, Mayo de 2002, Tesis: I.9o.C.72 C, Página: 1200. Véase: Semanario Judicial de la Federación, Octava Época, Tomo XII, julio de 1993, página 183, tesis I.3o.C.591 C, de rubro: "CONTRATO DE SEGURO. IMPROCEDENCIA DE LA RESCISIÓN DEL, CUANDO NO SE ACTUALIZA EL TÉRMINO O EL PLAZO A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 48 DE LA LEY SOBRE LA MATERIA."

En el caso a que se refiere la tesis anterior, se tiene que el cómputo para rescindir el contrato se está contando a partir de que la aseguradora manifestó ante la CONDUSEF que no liquidó la suma asegurada, porque el quejoso declaró con falsedad al celebrar el contrato, esa manifestación es la que se está tomando en cuenta para contar los quince días que se señalaban en la ley anterior, y la misma tesis considera que no hay otra prueba fehaciente que acredite a partir de cuando comenzó a surtir el término de quince días, en este caso es benéfico para el quejoso, pero las tesis tienen aplicación al caso concreto en particular pero no todas las situaciones son iguales y si se toma en cuenta la generalidad de la tesis lo único que se concluye es que no existe un criterio uniforme para contar esos quince días, que en la ley actual se convierten en 30 días naturales.

"CONTRATO DE SEGURO. EL PLAZO PARA COMUNICAR LA RESCISIÓN DEL CONTRATO POR OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES SE COMPUTA A PARTIR DE QUE FENECE EL DE TREINTA DÍAS PARA DETERMINAR LA PROCEDENCIA DE LA RECLAMACIÓN O A PARTIR DEL DÍA EN QUE DENTRO DE ESTE LAPSO LA ASEGURADORA HAYA TENIDO CONOCIMIENTO SOBRE

ELLAS. El artículo 48 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, vigente hasta el 2 de enero de 2002, prevé que la comunicación auténtica al asegurado sobre la rescisión del contrato será dentro de los quince días siguientes a la fecha en que la aseguradora conozca la omisión o inexacta declaración, mientras que el numeral 71 dispone el plazo de treinta días para determinar la procedencia de la reclamación contado a partir de que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Sin embargo, la ley es omisa en establecer a partir de qué momento debe considerarse que la aseguradora tuvo conocimiento sobre las omisiones o inexactas declaraciones y, por ende, para que resuelva si procede o no el pago del seguro. Ante esa laguna, se considera justo, prudente y equilibrado que ese plazo inicie por lo menos después de que fenezca el de treinta días antes precisado, pues solamente así se daría oportunidad a que la aseguradora cuente con un tiempo más o menos razonable, pero no ilimitado, para llevar a cabo las investigaciones que estime pertinentes y con base en los resultados obtenidos determine si procede o no la reclamación de pago, salvo que dentro del plazo de treinta días exista el conocimiento de tales circunstancias, por lo que antes de que fenezca ese término de quince días debe comunicar al reclamante en forma fehaciente sobre la rescisión, según el caso. Ello porque el plazo de que trata el dispositivo 71 sería, en todo caso, el lapso con que cuente la aseguradora para verificar la documentación y realizar la investigación, el cual empezará a contar desde el momento en que el asegurado o el beneficiario haya presentado su reclamación ante la aseguradora, sirviendo de base el sello que esta última imprima en los documentos que acrediten su recepción. Una vez que hayan transcurrido los treinta días, si es que no hay un dato que revele ese conocimiento en un día específico dentro de ese plazo general, empezaría a computarse el plazo de quince días de que trata el numeral 48, dentro del cual la aseguradora debe comunicar la determinación correspondiente. TERCER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO. Amparo directo 95/2004. Seguros Banamex Aegón, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banamex Accival. 18 de marzo de 2004. Unanimidad de votos. Ponente: Neófito López Ramos. Secretaria: Mercedes Rodarte Magdaleno. Tesis aislada, Materia(s): Civil, Novena Época, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo: XX, Julio de 2004, Tesis: I.3o.C.461 C, Página: 1703.”

En esta tesis se presenta una situación diversa que quizá pudiera tener mayor certeza en cuanto al cómputo de los quince días para dar el aviso de rescisión del contrato, por que la tesis establece que ese término comienza a contabilizarse a partir del día en que fenezca el término para dar contestación a la procedencia de la reclamación de pago, esto es que el asegurado o beneficiario debe acudir a la empresa, presentar su documentación que acredite que tiene derecho al pago de la suma o indemnización, y la aseguradora contestará en treinta días sin mencionar el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si son hábiles o naturales, si

procede o no el pago, a partir de que fenezcan los treinta días se comienza a computar los citados quince días que tiene la aseguradora para rescindir el contrato, y así se tiene una fecha cierta a partir de la que se puede contar los quince días, pero dentro de los primeros treinta días la aseguradora puede saber si procede o no el pago del seguro y porqué, esa laguna que presenta la ley beneficia en todo caso a las instituciones de seguros, que sirve para dilatar los pagos y oponer todo tipo de defensas para no pagar las cantidades a que está obligada.

Con la última reforma a la ley se reguló que en lugar de 15 días fueran 30 y que eran computables en días naturales, lo que quiere decir que las instituciones de seguros trabajan en días inhábiles, de lo contrario el personal de la institución no tiene acceso a los expedientes de los asegurados, en mi opinión los términos de ésta ley deben ser computados en días hábiles aunque no se trate de una ley procesal, es en beneficio de los asegurados y beneficiarios, pero sigue la misma línea porque con la reforma nada se establece respecto al comienzo del cómputo de los treinta días para dar el aviso de rescisión del contrato de seguro, hubo reforma sí, pero la laguna en cuanto a éste término continúa vigente; por lo que continúo en la opinión de que un tema específico y que requiere de un estudio técnico como lo es la rescisión del contrato de seguro de vida, debe tramitarse ante los tribunales correspondientes, y no ser una excepción a la regla general que establece que la rescisión de un contrato debe ser declarada judicialmente.

4.3 PROPUESTA PARA LA REGULACIÓN DE LA NULIDAD Y LA RESCISIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

En la elaboración del presente trabajo, me percaté de las irregularidades que presenta la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que tienen como consecuencia, en primer lugar un desconocimiento entre los asegurados y los beneficiarios y en segundo lugar el aprovechamiento de las aseguradoras de ese desconocimiento para no pagar la indemnización o suma asegurada correspondiente.

Por ello, es que la ley debe ser reformada para dar certeza y seguridad a las personas que intervienen en estos actos jurídicos, delimitando las conductas que se presentan y que generan la rescisión y la nulidad, cuestión que como se analizó a lo largo del tercer capítulo para que se permita a las personas que tengan el derecho a ser oídas y vencidas en juicio y ésta mención es ajena al conocimiento de un gran número de asegurados y beneficiarios.

Debe establecerse en la ley que para que proceda la nulidad o la rescisión de un contrato de seguro, el interesado como sería en este caso "La Empresa Aseguradora" tenga la obligación de demandarlo en la vía judicial, acreditar su pretensión obteniendo en su caso una sentencia favorable.

EL contrato de seguro de vida, tiene artículos específicos en la ley, sin embargo, tratándose de las figuras de nulidad y de rescisión, adolece de un capítulo en particular que regule ambas figuras, pues la aplicación de los artículos existentes permite que las aseguradoras perjudiquen con sus resoluciones a los beneficiarios, como es el caso de l artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que regula que el aviso de rescisión de contrato puede enviarse al asegurado o a sus beneficiarios; tratándose del seguro de vida es obvio que quienes recibirán el aviso serán los beneficiarios, y en este caso quedan en estado de indefensión porque será muy difícil acreditar que el asegurado no cometió ninguna omisión o inexacta declaración.

El mismo artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, regula un tiempo para que la empresa aseguradora envíe el aviso de la rescisión del contrato, señalando vagamente que empezará a contar a partir de que la empresa conozca la omisión o inexacta declaración, en ningún momento se establece con precisión en que momento y forma la empresa se entera de esa omisión y como se acredita el cómputo de los 30 días naturales; aquí la regulación sobre todo en el seguro de vida debe ser exacta, primeramente establecer que la rescisión debe demandarse, no dar aviso alguno en forma unilateral; establecer que los cómputos sean contados en días hábiles y no en días naturales.

En el caso de que el asegurado haya fallecido, se tendrá que oponer por parte de la empresa la excepción de la rescisión en contra de los beneficiarios que acudan a reclamar el pago de la suma asegurada, -recordando que si no existen tales beneficiarios la cantidad pactada se paga a

la sucesión del asegurado- y acreditar por parte de ésta la omisión cometida al declarar el asegurado sobre su estado de salud, lo que conlleva realizar todo tipo de peritajes incluso la autopsia si ésta fuere posible para determinar la causa de la muerte y si esa causa fue producto de una enfermedad que ya se padecía desde antes de la celebración del contrato o fue posterior a éste, circunstancia en la cual también implica la rescisión del contrato, pues cualquier agravación o modificación del riesgo debe ser avisado por escrito a la aseguradora, para la adaptación del seguro a esas nuevas circunstancias, en este caso los beneficiarios deben acreditar que no existió ninguna omisión o inexacta declaración en el estado de salud del asegurado, cuestión muy difícil de acreditar porque en algunos casos los beneficiarios no conocen a fondo los padecimientos del asegurado y por lo mismo la aseguradora obtiene resolución a su favor y no paga la suma asegurada.

Para tratar de evitar ésta problemática debe reformarse la Ley Sobre el Contrato de Seguro y adicionar un capítulo específico para la regulación de la nulidad y la rescisión; en el que se establezca lo siguiente:

- 1.- Suprimir de la ley las frases "rescindido de pleno derecho" y "en forma unilateral".
- 2.- Establecer que para la procedencia de la rescisión y la nulidad de un contrato de seguro, por causa imputable al asegurado, la empresa aseguradora tiene la obligación de demandarlo ante el Tribunal Competente, acreditar sus pretensiones y en su caso obtener una sentencia favorable.
- 3.- En el caso del artículo 47 de la citada ley, que regula la rescisión del contrato de seguro por omisiones e inexactas declaraciones de los hechos que debe manifestar el asegurado, debe dividirse el artículo en dos hipótesis:
 - Primera.- En el caso de que las omisiones o inexactas declaraciones del asegurado no hayan influido en la realización del siniestro:
 - a).- Procede la nulidad del contrato porque se presenta un vicio de la voluntad, que en este caso sería la declaración dolosa del asegurado o contratante.

b).- Establecer la obligación de la aseguradora para demandar ante Tribunal Competente la nulidad del contrato, mediante la acreditación del actuar doloso del asegurado.

c).- Al ser retroactiva la nulidad, proceder a rembolsar las primas cubiertas por el asegurado hasta el momento en que se demandó la nulidad del contrato.

Segundo.- En el caso en que las omisiones o inexactas declaraciones del asegurado hayan influido en la realización del siniestro:

a).- Procede como excepción a la regla general, la rescisión del contrato, porque además de ser un vicio de la voluntad, se convierte en un incumplimiento de la obligación que tiene el asegurado de declarar de buena fe todos los hechos concernientes a su vida, actividades, pasatiempos, costumbres, etc., que por no haberse declarado no se tomaron en cuenta para las condiciones del contrato, y el siniestro fue consecuencia de una circunstancia desconocida para el asegurador.

b).- La Empresa Aseguradora tiene la obligación de demandar ante Tribunal Competente la rescisión del contrato por omisiones e inexactas declaraciones que influyeron en la realización del siniestro; teniendo la carga de la prueba.

c).- En el caso del contrato de seguro de vida establecerse que la aseguradora deberá realizar todos los peritajes pertinentes incluyendo la autopsia si fuere posible para determinar la causa de la muerte del asegurado, y así tener la certeza si la omisión e inexacta declaración influyó o no en la muerte del asegurado.

d).- En caso del seguro de vida regular que fallecido el asegurado, la empresa en caso de tener causal para demandar la rescisión del contrato, lo debe hacer en contra de la sucesión de dicho asegurado, quien la represente tendrá derecho a defenderse en el juicio llevando a éste todos los medios de prueba que sirvan para acreditar que no procede la rescisión del contrato independientemente que ese representante sea o no el beneficiario.

4.- Modificar el artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en el que se regula el aviso que se debe dar al asegurado comunicándole que su contrato fue rescindido, aviso que se le debe dar en treinta días naturales,; dicho artículo no tendría razón de ser si se establece que la rescisión debe demandarse ante Tribunal Competente, por lo que sólo queda regular lo concerniente a los días los cuales deberán quedar como sigue:

a).- Para los trámites o los avisos que la Empresa Aseguradora pretenda dar a los asegurados o contratantes los términos se contarán en días hábiles.

5.- Para el caso en específico de los seguros de vida tanto grupales como individuales se debe establecer:

a.- Que la empresa aseguradora queda obligada a practicar exámen médico al asegurado para poder verificar que enfermedades padece.

b.- Que el asegurado queda obligado a aceptar la realización de todo tipo de exámenes de laboratorio, incluyendo si fuere necesario pruebas de VIH.

c.- Que el asegurado se comprometa entre una de sus obligaciones a someterse paulatinamente a examen médico en determinados periodos, con la finalidad de detectar una enfermedad posterior a la firma del contrato que puede ser considerada una agravación del riesgo, y con ello se está en posibilidad de modificar la póliza del seguro y establecer nuevas condiciones para el pago de primas y el monto de la suma asegurada.

d).- Para efecto de lo anterior, deberá regularse así como se encuentran regulados los agentes de seguros, a los médicos que presten sus servicios en las empresas aseguradoras, es decir incluir en la ley la figura de los médicos que deben practicar el examen a los asegurados, crear un reglamento para regular su actuación, establecer las condiciones y requisitos que deberá cumplir la persona que pretenda prestar sus servicios, y el organismo que dará autorización y vigilancia a sus actuaciones.

6.- En la ley se debe regular el tiempo de prescripción para la procedencia tanto de la nulidad, como de la rescisión del contrato, señalando en que momento se comienza a computar el plazo, que en este caso sería contado en días naturales. Un año es un tiempo suficiente para que la Empresa Aseguradora se percate y promueva el juicio por nulidad o rescisión del contrato, empezándose a contar desde:

a).- El instante en que el asegurado acude a la Empresa Aseguradora a requerir el pago del seguro, en donde deberá llenar una solicitud y entregar sus documentos, con el objeto de que conste fehacientemente la fecha para comenzar a realizar el cómputo de dicha prescripción.

b).- En caso de falta de pago de primas, la Empresa Aseguradora debe requerir el pago fehacientemente al asegurado o contratante, ya sea mediante un aviso que deberá firmar la persona que lo reciba o una jurisdicción voluntaria lo que incrementaría el trabajo de la empresa y de los tribunales, pero de lo contrario no se tendrá la fecha exacta para comenzar a contar el término para la prescripción de la acción de rescisión del contrato, incluso daría mayor seguridad tanto a la empresa como al asegurado de los pagos que se han hecho.

7.- Se debe establecer en la ley cual es la edad límite para contratar un seguro, y señalar la obligación por parte del asegurado de mostrar tanto identificación oficial como acta de nacimiento al momento del llenado de la solicitud del contrato.

Ello aunado al examen médico dará mayor certeza a la empresa sobre la edad de dicho asegurado y constatar si se encuentra dentro del límite legal permitido para asegurarlo.

8.- Por lo que hace a la nulidad del contrato de seguro de vida ya se mencionó que la empresa debe tener la obligación de acudir ante Tribunal Competente a demandarla y obtener sentencia favorable para proceder a dicha nulidad, reembolsando las primas que hasta el momento en que se haya declarado se pagaron.

9.- Por lo que hace a los artículos que señalan la regulación del contrato de seguro de vida sobre la vida de un tercero:

a).- Debe establecerse para evitar tener que acudir a la nulidad del contrato, que todas las partes que deban intervenir estén presentes en la firma del contrato.

b).- Si se trata de un menor de edad pero mayor de doce años, será obligación de éste y de su representante legal, presentar identificación y acta de nacimiento, así como el sometimiento al examen médico.

10.- Establecer en la ley como una de las obligaciones a cargo de la Empresa Aseguradora la utilización de un lenguaje entendible en sus contratos, en el caso de que exista necesidad de señalar tecnicismos, deberá imprimir en el mismo contrato el significado de esos tecnicismos aparte de la obligación que tiene el Agente de Seguros de explicar todo el contenido del contrato de una manera simple.

CONCLUSIONES.

- 1.- El contrato de seguro en general no es un contrato de adhesión, de adhesión porque no tiene los requisitos y condiciones que el verdadero contrato de adhesión, como lo es el de suministro de energía eléctrica, o de gas etc., el contrato permite que se hagan modificaciones para adecuarlo a las condiciones particulares del contratante o asegurado, en el caso del seguro de vida se llenan los cuestionarios establecidos pero para cuantificar el monto de la prima y la suma asegurada se toman en cuenta las particulares condiciones de vida que tiene cada persona que contrata.
- 2.- En cuanto a la consensualidad del contrato de seguro, me permito argumentar que no es tal, porque si bien es cierto que la ley de la materia regula que se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta, también es cierto que la ley señala que para fines de prueba se requiere de la póliza, entonces debería considerarse como un contrato real mediante la entrega de la póliza.
- 3.- En la Ley Sobre el Contrato de Seguro se debe regular el límite de edad para la contratación del seguro, con lo cual se evitarían muchas irregularidades que cometen las Empresas Aseguradoras a quienes se deja a su arbitrio establecer ese límite, que permite la confusión entre los usuarios de los servicios de seguros.
- 4.- En los contratos de seguros se utiliza un lenguaje lleno de tecnicismos que originan confusiones entre los contratantes, teniendo obligación de explicarlos los agentes de seguros o las mismas aseguradoras, circunstancia que no se lleva a cabo, incluso con la propaganda que se hace se engaña a los particulares quienes acuden a las aseguradoras a contratar creyendo que todo lo anunciado por ellas es cierto, como sucede con los seguros que ofrecen las instituciones bancarias en las que si se tiene una cuenta con determinada cantidad de dinero, ofrecen un seguro de vida, o las empresas en las que si se compran artículos por determinado tiempo y cantidad ofrecen un seguro de vida al comprador, lo que es a todas luces violatorio de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que no establece condición alguna extra para contratar un

seguro, sólo llenar los requisitos requeridos por las empresas y el pago de la prima, incluso no se condiciona a la entrega de la póliza para su perfeccionamiento.

5.- En las figuras de la nulidad y la rescisión del contrato, la ley presenta irregularidades que son pilar para que las Empresas Aseguradoras no paguen al asegurado o beneficiario en el momento en que ocurre el siniestro, su regulación no es correcta, es a todas luces benéfica para las aseguradoras.

6.- La nulidad y la rescisión no existen de pleno derecho como se encuentran reguladas en la ley de la materia; para la procedencia de estas acciones se debe recurrir a la demanda en la vía ordinaria mercantil ante el Tribunal Competente ya sea del fuero común o del fuero federal.

7.- Por lo que hace a la figura de la rescisión que regula el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que establece que procede la misma ante la omisión o la inexacta declaración del asegurado, es una excepción a la regla general, ya que la omisión o inexacta declaración se traduce en un vicio de la voluntad, pues se está exteriorizando la voluntad del asegurado o contratante con engaño, por lo que en estricto derecho este vicio tiene como consecuencia la nulidad del contrato, sin embargo en aplicación del seguro es una rescisión y ello con fundamento en que el contrato de seguro es de buena fe y entonces esa buena fe para declarar que tiene el asegurado o contratante se entiende como una obligación del mismo, por lo que al faltar a ella implica la rescisión del contrato.

8.- En la Ley Sobre el Contrato de Seguro hace falta la regulación propia del seguro de vida, ya que no es cualquier cosa lo que se está asegurando y por lo mismo no pueden aplicarse en general todos los artículos previstos en dicha ley, éste contrato cuenta con un capítulo en el que se señalan bases especiales de aplicación, pero le hace falta dentro de éste capítulo crear artículos aplicados tanto a su nulidad, como a su rescisión sin ser suficientes los que ya se mencionan en éste.

9.- Se necesita establecer en contra de quien deben demandarse las acciones de nulidad y rescisión cuando el asegurado ha fallecido, es decir quienes serán las partes en la controversia que se derive de la demanda de éstas acciones, la ley de la materia sólo establece que el aviso

de rescisión debe darse al asegurado o a sus beneficiarios, por lo tanto se debe regular que personas son parte de la controversia y entonces :

a).- Sin lugar a dudas cuando el asegurado está vivo, es él quien tomaría parte en la controversia, la Empresa Aseguradora puede demandarle la rescisión o la nulidad del contrato de seguro directamente y así se constituye ésta en actor y aquél en demandado.

b).- Si el asegurado falleció hay dos cuestiones:

I.- El hecho de que el beneficiario sea su heredero o;

II.- Que dicho beneficiario sea una persona ajena.

En estas cuestiones es donde surge el problema, aquí, a quién se le va a demandar la rescisión o la nulidad del contrato?, en un principio y porque así lo regula la Ley Sobre el Contrato de Seguro, es al beneficiario, pero si éste es un tercero ajeno a la familia y no se encuentra en posibilidades de acudir al juicio a defender la validez del contrato; en quien recae esa posibilidad?; en mi opinión debe regularse que las acciones derivadas de dichas figuras pueden demandarse a la sucesión del asegurado que es quien representa al *de cujus* y quien debe contar con el derecho de defender esa validez del contrato.

10.- En el caso de la rescisión o la nulidad de un contrato de seguro, el asegurado o beneficiario son los más afectados con la regulación en la ley, quedando en estado de indefensión ante tal resolución de la empresa aseguradora, y si se recurre a interponer queja ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, se traduce en un largo y pesado trámite que termina quizá y con suerte en un laudo a favor el cual implica una nueva circunstancia, porque las empresas no cumplen con el pago ordenado en el laudo y el asegurado o beneficiario debe recurrir ante Juez Competente para que ejecute la resolución, con lo que no sólo se ha gastado tiempo, sino también dinero proveniente del asegurado o peor aún del beneficiario.

BIBLIOGRAFÍA.

LIBROS.

- 1.- BARRENA S., Luis. Seguros. Ed. Sociedad Colombista Panamericana. La Habana, 1956.
- 2.- BEJARANO Sánchez, Manuel. Obligaciones Civiles. Quinta edición. Ed. Oxford. México, 2004.
- 3.- BORJA Soriano, Manuel. Teoría General de las Obligaciones. Décimo Séptima edición. Ed. Porrúa. México, 2002.
- 4.- CARBONELL Puig, Jordi. Los Contratos de Seguro de Vida. Bosch Casa Editorial. España, 1994.
- 5.- CERVANTES Ahumada, Raúl. Derecho Mercantil. Primer Curso. Ed. Porrúa. México, 2000.
- 6.- DÁVALOS Mejía, Carlos Felipe. Títulos y Operaciones de Crédito. Tercera edición. Ed. Oxford. México, 2002.
- 7.- DE DELÁS, José Ma. Estudio Técnico y Jurídico de Seguros. El Contrato de Seguros Contra Incendios. Tomo Primero. Ed. Tip de Jaime Vives.- Muntaner, 22. Barcelona, 1917.
- 8.- DIAZ Bravo, Arturo. Contratos Mercantiles. Octava edición. Ed. Iure Editores. México, 2004.
- 9.- DONATI, Antigono. Los Seguros Privados, Manual de Derecho. Traducción: Arturo Vidal Solá. Ed. Librería Bosch. Barcelona, España, 1960.
- 10.- FLORIS Margadant S., Guillermo. El Derecho Privado Romano. Vigésimo Quinta edición. Ed. Esfinge. México, 2000.

- 11.- GARRIGUES, Joaquín. Curso de Derecho Mercantil. Novena edición. Segunda Reimpresión. Ed. Porrúa. México, 1998.
- 12.- GÓMEZ Gordo, José. Títulos de Crédito. Octava edición. Ed. Porrúa. México, 2003.
- 13.- GÓMEZ Lara, Cipriano. Derecho Procesal Civil. Sexta edición. Ed. Oxford. México, 2004.
- 14.- GUTIÉRREZ y González, Ernesto. Derecho de las Obligaciones. Décima Cuarta edición. Ed. Porrúa. México, 2002.
- 15.- HALPERIN, Isaac. Seguros. Volumen I y II. Ed. De Palma. Buenos Aires, Argentina, 1991.
- 16.- LUTZESCO, Georges. Teoría y Práctica de las Nulidades. Traducción: Manuel Romero Sánchez y Julio López de la Cerda. Novena edición. Reimpresión. Ed. Porrúa. México, 2000.
- 17.- MANTILLA Molina, Roberto L. Derecho Mercantil. Vigésimo Novena edición. Séptima Reimpresión. Ed. Porrúa. México, 2000.
- 18.- MANZANO Martos, Francisco Javier. Elementos del Seguro. Ed. Mapfre. Madrid, 1973.
- 19.- MARTÍNEZ Alfaro, Joaquín. Teoría de las Obligaciones. Octava edición. Ed. Porrúa. México, 2001.
- 20.- MARTINEZ Gil, José de Jesús. Manual Teórico y Práctico de Seguros. Quinta edición. Ed. Porrúa. México, 2004.
- 21.- MINZONI Consorti, Antonio. Crónica de Doscientos Años del Seguro en México. Ed. Comisión Nacional de Seguros y Finanzas. México, 1998.
- 22.- MORANDI F, Juan Carlos. Elementos del Derecho Comercial. Seguros. Ed. Astrea, Buenos Aires, 1998.

- 23.- MORENO Sánchez, Gabriel. *La Nulidad Procesal*. Ed. Oxford. México, 2000.
- 24.- MORINEAU Iduarte, Martha. *Derecho Romano*. Cuarta edición. Ed. Harla. México, 1998.
- 25.- OVALLE Favela, José. *Teoría General del Proceso*. Cuarta edición. Ed. Oxford. México, 2001.
- 26.- PETIT, Eugéne. *Tratado Elemental de Derecho Romano*. Décimo Segunda edición. Segunda reimpresión. Ed. Porrúa. México, 1996.
- 27.- PINA Vara, Rafael De. *Elementos de Derecho Civil Mexicano, Obligaciones Civiles-Contratos en General*. Vol. III. Décima edición. Ed. Porrúa. México, 2002.
- 28.- RODRÍGUEZ Rodríguez, Joaquín. *Curso de Derecho Mercantil*. Vigésimo Quinta Edición. Ed. Porrúa. México, 2001.
- 29.- RODRÍGUEZ Sala, J. Jesús. *El Contrato de Seguro en el Derecho Mexicano, Estudio Comparado con sus Leyes de Origen*, Tomo II. Ed. B. COSTA-AMIC. México, 1997.
- 30.- ROJINA Villegas, Rafael. *Derecho Civil Mexicano. Obligaciones*, Vol. I Tomo 5. Séptima Edición. Ed. Porrúa. México, 1998.
- 31.- ROJINA Villegas, Rafael. *Derecho Civil Mexicano. Contratos*, Vol. I. Tomo 6. Séptima Edición. Ed. Porrúa. México, 1998.
- 32.- RUIZ Rueda, Luis. *El contrato de Seguro*. Ed. Porrúa. México, 1978.
- 33.- SÁNCHEZ Flores, Octavio de Jesús. *El Contrato de Seguro Privado*. Ed. Porrúa. México, 2000.
- 34.- SÁNCHEZ Flores, Octavio de Jesús. *La Institución del Seguro en México*. Ed. Porrúa. México, 2000.

- 35.- SÁNCHEZ Medal, Ramón. *De los Contratos Civiles*. Vigésima edición. Ed. Porrúa. México. 2004.
- 36.- SEPÚLVEDA Sandoval, Carlos. *La Empresa y sus Actividades. Concepto Jurídico*. Ed. Mc.Graw-Hill Interamericana Editores. México, 1997.
- 37.- SOLER Aleu, Amadeo. *El Nuevo Contrato de Seguro*. Reimpresión Inalterada. Ed. Astrea. Buenos Aires, 1970.
- 38.- SOTO Álvarez, Clemente. *Prontuario de Derecho Mercantil*. Décimo Quinta edición. Reimpresión. Ed. Noriega editores. México, 1998.
- 39.- STIGLITZ, Rubén S. *Caracteres Jurídicos del Contrato de Seguro*. Primera Reimpresión. Ed. Astrea. Buenos Aires, 1987.
- 40.- VÁSQUEZ Del Mercado, Oscar. *Contratos Mercantiles*. Décima edición. Ed. Porrúa. México, 2001.
- 41.- WALTER Joseph M. *La Grecia Antigua*. Ed. Edimat Libros. Madrid, España, 1999.
- 42.- ZAMORA y Valencia, Miguel Ángel. *Contratos Civiles*. Octava edición. Ed. Porrúa. México, 2000.

ENCICLOPEDIAS.

- 1.- Enciclopedia de México. Tomo XI. Ed. Enciclopedia de México. México, 1997.
- 2.- Enciclopedia Jurídica Omeba. Tomos IV, V, XXIII, XXV. Ed. Driskill. Buenos Aires, 1991.

3.- Enciclopedia Salvat. Diccionario. Tomo IX. Ed. Salvat Editores. Barcelona, 1971.

DICCIONARIOS.

- 1.- *Diccionario Enciclopédico Universo*. Quinta Edición. Ed. Fernández Editores. México, 1984.
- 2.- PALOMAR de Miguel, Juan. *Diccionario para Juristas*. Tomo I y II. Ed. Porrúa. México, 2000.
- 3.- PINA Vara, Rafael de. *Diccionario de Derecho*. Vigésimo Séptima edición. Ed. Porrúa. México, 1999.

REVISTAS.

- 1.- *Curso de Introducción al Seguro*. Módulo 3. Fundación Mapfre, 1991.
- 2.- HALPERIN, Jean. *Los Seguros en el Régimen Capitalista, Análisis Histórico*. Serie E. Tratados y Monografías de Economía y Hacienda. Volumen XVI. Ed. Revista de Derecho Privado. Madrid, España.
- 3.- MAPFRE Estudios, S.A. Serie: *Temas de Seguros, Elementos del Seguro*, Traducción: Francisco Javier Manzano Martos. Ed. Mapfre. Madrid. 1973.
- 4.- *Revista de Derecho Mercantil*. Número 183-184. Enero-Junio, Impresión Aguirre. Madrid, 1987.

LEYES.

- 1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 2.- Código Civil Federal.
- 3.- Código de Comercio.
- 4.- Ley de Amparo
- 5.- Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- 6.- Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
- 7.- Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
- 8.- Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.
- 9.- Ley de Navegación.
- 10.- Ley de Navegación y Comercio Marítimos.

PÁGINAS EN INTERNET.

- 1.- www.condusef.gob.mx