

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO  
SEMINARIO DE DERECHO MERCANTIL

ANÁLISIS JURÍDICO DE LOS CASOS LEGALES Y CONVENCIONALES  
PARA EL NO PAGO DE UNA PÓLIZA DE SEGUROS.

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:

L I C E N C I A D A E N D E R E C H O

P R E S E N T A :

MARISOL RODRÍGUEZ NIETO

CIUDAD UNIVERSITARIA

2008

DEDICATORIAS

A mi padre, gracias por todo tu cariño, por tus consejos y conocimientos que compartes conmigo, así como el esfuerzo que siempre has puesto en mí y en mi educación, por ponerme siempre el mejor de los ejemplos.

A mi madre, gracias por tu apoyo y dedicación que me has dado a lo largo de mi vida y que es un gran motivo para seguir adelante.

A mis hermanas, Erika y Geraldine, porque con su compañía, cariño y comprensión son parte fundamental de mi vida. A mis primos Fernando y Marco Antonio, por sus consejos, por su apoyo, por que llenan de luz mi vida; a Marquito por llegar a darle un sentido diferente a la vida.

A mi abuelita, gracias por impulsarme siempre, por inculcarme valores y sobre todo por enseñarme que el amor es maravilloso, gracias por tu cariño y tu nobleza; a mi abuelito (q.e.p.d.), porque siempre has estado aquí. Por enseñarme la importancia de una familia unida.

A mi tía Teté, que es una gran mujer de la cual siempre he tenido palabras de aliento, de quien recibo un cariño invaluable, porque nunca me has dejado, por ser un ejemplo a seguir.

A mi tío Quitos, por compartir este camino, por mostrarme una manera diferente de ver la vida y por ser un ejemplo de sencillez y lucha. Por orientarme en la iluminación.

A Esthela, Adriana, Mayela, Leonardo, Rogelio, por confiar en mí y enseñarme a luchar, porque siempre me contagian de felicidad.

A Sebastián y en especial a María Fernanda, por la pureza de su alma y la inocencia de sus corazones.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

A mi abuelita Meche y mi tío Luis, ya que su cariño es muy importante para mí; a mis tíos Alejandra y Pedro, a mis primas Angélica y Adriana, por el amor que hay en ustedes y alegran mi vida.

A mis amigos, Karina, Eva, Patsy, Esther, Williams, Eduardo, Omar, por siempre estar ahí brindándome lo mejor que existe, su amistad. A Diego, gracias por tu lucha y amistad, los cuales siempre han significado mucho para mí. A Montserrat, por compartir este sueño. Al licenciado Alberto Nava Garcés.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad de Derecho y al seminario de mercantil, por el apoyo brindado.

A mi asesor de tesis doctor Alberto Fabián Mondragón Pedrero, por el apoyo que me ha brindado siempre

A todos aquellos que no mencioné, pero que siempre me han apoyado.

POR MI RAZA, HABLARÁ EL ESPÍRITU

# ÍNDICE

Pág.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....

INTRODUCCIÓN.

## CAPÍTULO PRIMERO GENERALIDADES DEL CONTRATO DE SEGURO

- 1.1. Marco jurídico.
- 1.2. Concepto del contrato de seguro.
- 1.3. Elementos personales.
  - 1.3.1. El asegurador.
  - 1.3.2. El asegurante o asegurado.
  - 1.3.3. El beneficiario.
- 1.4. La ley de los promedios.
- 1.5. Los dos grandes grupos en materia de seguros.
  - 1.5.1. Seguro de cosas o de daños.
  - 1.5.2. Seguro de personas o vida.

## CAPÍTULO SEGUNDO EXTINCIÓN O RESOLUCIÓN DE LOS CONTRATOS

- 2.1. Pago.
- 2.2. Rescisión del contrato.
- 2.3. Novación.
- 2.4. Confusión.
- 2.5. Prescripción.
- 2.6. Compensación.

## CAPÍTULO TERCERO SUPUESTOS LEGALES PARA LA ACEPTACIÓN O RECHAZO DEL PAGO DE UNA PÓLIZA DE SEGUROS

- 3.1. Para el seguro en general.
  - 3.1.1. Nulidad del contrato por riesgo desaparecido o siniestro producido.
  - 3.1.2. Por omisiones o inexactas declaraciones.
  - 3.1.3. Por agravación esencial del riesgo.

- 3.1.4. Por falta de aviso oportuno del siniestro.
- 3.1.5. Por hacer incurrir a la aseguradora en error.
- 3.1.6. En caso de dolo del asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes.
- 3.1.7. En caso de mala fe del asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes.
- 3.1.8. En caso de culpa grave del asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes.
- 3.1.9. En caso de culpa del asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes.
- 3.1.10. En aquellos casos en que las pérdidas y daños son causados respecto de las personas de las cuales es civilmente responsable el asegurado.
- 3.1.11. En aquellos casos en que el siniestro se cause en cumplimiento de un deber de humanidad.
- 3.2. Para el seguro de daños o cosas en particular.
  - 3.2.1. En caso de pérdidas o daños causados por vicio intrínseco de la cosa.
  - 3.2.2. En caso de pérdidas o daños causados por guerra extranjera.
  - 3.2.3. En caso de pérdidas o daños causados por guerra civil.
  - 3.2.4. En caso de pérdidas o daños causados por movimientos populares.
  - 3.2.5. En caso de pérdidas o daños causados por terremoto.
  - 3.2.6. En caso de pérdidas o daños causados por huracán.
  - 3.2.7. En los seguros de daños regulados en la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- 3.3. Para el seguro de vida o de personas.

#### CAPÍTULO CUARTO

#### SUPUESTOS CONVENCIONALES PARA LA ACEPTACIÓN O RECHAZO DEL PAGO DE UNA PÓLIZA DE SEGUROS.

- 4.1. Cláusulas excluyentes de responsabilidad más comunes en el seguro de cosas o daños
  - 4.1.1. En el seguro de automóviles.
  - 4.1.2. En el seguro múltiple empresarial.
  - 4.1.3. En el seguro de robo.
  - 4.1.4. En el seguro contra incendio.
  - 4.1.5. En el seguro de crédito.
- 4.2. Cláusulas excluyentes de responsabilidad más comunes en el seguro de personas o vida
  - 4.2.1. Seguro de vida.
  - 4.2.2. Seguro de gastos médicos mayores.
  - 4.2.3. Seguro de pensiones.
  - 4.2.4. Seguro de accidentes y enfermedades.

CONCLUSIONES.

FUENTES DE INVESTIGACIÓN.

BIBLIOGRAFÍA.

LEGISLACIÓN CONSULTADA.

OTRAS FUENTES.

## ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.

CCF.	Código Civil Federal.
CC.	Código de Comercio.
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
CONDUSEF.	Comisión Nacional para la Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
LGISMS	Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
LSCS	Ley Sobre el Contrato de Seguro.
PAG.	Página.

## INTRODUCCIÓN.

Esta investigación se refiere a los supuestos legales y convencionales para que una compañía de seguros pueda aceptar o rechazar el pago de una póliza de seguro.

Para ello es necesario comprender lo que significa el contrato de seguro, el que se puede definir por el acuerdo de voluntades en el cual una institución de seguros queda obligada a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero, hasta el límite de la suma asegurada, al verificarse la eventualidad prevista en el pacto, y el asegurante se obliga a pagar una prima.

El objetivo toral para un asegurante en el contrato de seguro es que pueda proteger el patrimonio, la salud y la vida, frente a riesgos dañosos ocasionados por el ser humano o de la naturaleza, obtener una certeza jurídica (seguro). Para ello, las instituciones de seguros que asumen profesionalmente riesgos ajenos, administrando un fondo común formado por el pago de las primas, se encuentran reguladas por un marco jurídico en cuanto a su organización, funcionamiento y vigilancia, existiendo de igual manera organismos que se encargan de su vigilancia y control para evitar el abuso sobre los asegurados.

El argumento motivador de esta monografía es la mala fama que gozan las aseguradoras para no cumplir con su obligación de pago de los siniestros ocurridos, principalmente en el Distrito Federal en el caso de accidentes de vehículos. Para analizar esta problemática es necesario exponer las normas jurídicas que regulan los casos de pago y no pago de la actualización de los eventos dañosos, e inclusive acudir también a los aspectos convencionales establecidos en las pólizas y en las condiciones generales.

Existe un interés interés de estudiar los abusos que actualmente existen en materia de seguros, ya que dada la creciente demanda que existe para el cobro de seguros, las aseguradoras actualmente, toman criterios que no se encuentran previstos ni legal ni contractualmente para evitar el cumplimiento de las obligaciones de las que son responsables, ocasionando un perjuicio en el patrimonio del asegurado o los beneficiarios al tener que realizar diversos actos para poder lograr el pago que le corresponde, llegando en muchas ocasiones a juicios que resultan más costosos para el asegurado y la aseguradora. Por lo que no sólo no existe la protección al patrimonio, como se pretende desde la contratación del seguro, sino que también en algunas ocasiones el

perjuicio resulta mayor para las compañías de seguros y los asegurantes y sus beneficiarios.

Delimito los casos en que las aseguradoras se encuentran facultadas para negar el pago de una póliza de seguro, a su vez, se hacen observaciones sobre las leyes que rigen los contratos de seguros así como de las pólizas de seguros y las condiciones generales, en las que existen abusos que tienen por objeto proteger a las instituciones de seguros.

En el primer capítulo, se desarrollan las generalidades del contrato, como es su marco jurídico, se presenta una definición desde diversos puntos de lo que es un contrato de seguro, así como un estudio de los elementos personales que son parte de ese acto jurídico, de igual manera se estudia la ley de los promedios y se hace un estudio general de los dos grupos de seguros que se encuentran regulados en nuestro país, que son el seguro de vida o personas y el seguro de cosas o de daños.

En el segundo capítulo, se exponen los temas de la extinción de los contratos, en los que se mencionan las principales causas por las que un contrato de seguro puede llegar a resolverse, entre las que se encuentra el estudio del pago, la rescisión del contrato, novación, confusión, prescripción, y por último la compensación.

Dentro del tercer capítulo se analizan los supuestos legales que proceden para la aceptación o rechazo del pago de una póliza de seguros, iniciando el estudio con las reglas generales dentro del seguro, en las que se encuentra el dolo, mala fe, culpa, culpa grave del asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes, así como los casos en que las pérdidas y daños se causan por las personas de las que es civilmente responsable el asegurado, cuando el siniestro es a consecuencia del cumplimiento de un deber de humanidad. Posteriormente, se estudia de manera particular los casos en que se niega o acepta el pago de un póliza en el seguro de daños o de cosas en particular, incluyendo los daños o pérdidas ocasionados por vicios intrínsecos de la cosa, por guerra extranjera, por guerra civil, movimientos populares, terremoto, huracán. Y por último en este capítulo se estudia los casos en que procede o no el pago para el seguro de vida o de personas.

Finalmente, en el cuarto capítulo se realiza el estudio de los supuestos convencionales para la aceptación o rechazo del pago de la póliza de seguros, por lo que se estudian las cláusulas que excluyen el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el seguro de cosas o daños, por lo que de manera particular se hizo un análisis de diversas pólizas de seguros como lo son las de seguros de automóvil, seguro múltiple empresarial, seguro de robo, seguro contra incendio y el seguro de crédito. Posteriormente, se analiza las cláusulas que liberan de responsabilidad en el seguro de personas o vida, y de igual manera, se estudian pólizas de seguros entre las que se encuentran el seguro de vida, el seguro de gastos médicos mayores, el seguro de pensiones y el seguro de accidentes y enfermedades.

# CAPÍTULO PRIMERO

## GENERALIDADES DEL CONTRATO DE SEGURO

### 1. 1.1. Marco jurídico.

El marco jurídico que rige y regula a las instituciones financieras, entre ellas el seguro, es el siguiente:

**Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.** Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el día lunes 5 de febrero de 1917, su artículo 28 establece que el banco central con la intervención que corresponda a las autoridades competentes, regulará los cambios, así como la intermediación y los servicios financieros, contando con las atribuciones de las autoridades necesarias para llevar a cabo dicha regulación y proveer a su observancia.

Por lo que respecta a las facultades del Congreso, las cuales se encuentran reguladas en el artículo 73, específicamente la fracción X, en la que se refiere a las materias de hidrocarburos, minería, industria cinematográfica, **comercio**, juegos con apuestas y sorteos, intermediación y **servicios financieros**, energía eléctrica y nuclear, y para expedir las leyes del trabajo reglamentarias del artículo 123.

#### LEYES:

**Ley Sobre el Contrato de Seguro.** Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación, el sábado 31 de agosto de 1935.

**Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.** Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación, el sábado 31 de agosto de 1935.

**Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.** Ley publicada en la Primera Sección del Diario Oficial de la Federación, el lunes 18 de enero de 1999.

**Ley de Fondos de Aseguramiento Agropecuario y Rural.** Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación, el viernes 13 de mayo de 2005.

**Ley de Navegación y Comercio Marítimos.** Ley publicada en la Primera Sección del Diario Oficial de la Federación, el jueves 1 de junio de 2006.

**Ley Federal de Instituciones de Fianzas.** Ley publicada en la Segunda Sección del Diario Oficial de la Federación el viernes 29 de diciembre de 1950.

**Ley para regular las Agrupaciones Financieras.** Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación, el miércoles 18 de julio de 1990.

#### REGLAMENTOS:

**Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas**

**Reglamento del Seguro de Grupo**

**Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas**

**Reglamento de Inspección y Vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas**

#### ACUERDOS:

**Acuerdo** por el que se emiten los lineamientos generales a que se sujetarán los organismos integradores para realizar las funciones de seguimiento de operaciones de los Fondos de Aseguramiento Agropecuario y Rural.

#### CIRCULARES Y OFICIOS:

Por cuestiones referentes al volumen de la presente tesis, se anexa un disco compacto (CD), donde se mencionan las circulares, oficios, entre otros, que forman parte del marco jurídico.

## ORDENAMIENTOS SUPLETORIOS EN MATERIA DE SEGUROS:

Código de Comercio. Código publicado en el Diario Oficial de la Federación los días lunes 7 de octubre al viernes 13 de diciembre de 1889.

Código Civil Federal. Código publicado en la Sección Tercera del Diario Oficial de la Federación los días sábado 26 de mayo; sábado 14 de julio; viernes 3 de agosto y viernes 31 de agosto, todos de 1928.

### 1. 1.2. Concepto del contrato de seguro.

Para poder definir el contrato de seguro resulta necesario tener en cuenta los elementos personales que participan en dicho contrato, su naturaleza jurídica, así como su clasificación. No obstante lo anterior, actualmente existen definiciones que omiten alguno de los elementos anteriores, las cuales son la mayor parte, como se observara en el desarrollo de este inciso.

Debe considerarse la raíz etimológica de las palabras que se desea definir, lo cual ayuda a poder entender su origen la palabra “contrato,” proviene del latín *contractus*, derivado a su vez del verbo *contahere*, reunir, lograr, concertar, es un acto bilateral que se constituye por el acuerdo de voluntades de dos o más personas y que produce ciertas consecuencias jurídicas (creación o transmisión de derechos y obligaciones) debido al reconocimiento de una norma de derecho.

El Diccionario de la Real Academia Española, define la palabra contrato como:

“(Del lat. *contractus*).

1. m. Pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidas.

2. m. Documento que recoge las condiciones de este convenio.

~ aleatorio.

1. m. Der. contrato en el que una de las prestaciones consiste en un hecho fortuito o eventual; p. ej., el contrato de seguro....”.

De igual manera, conceptúa la palabra seguros:

“(Del lat. *secūrus*).

1. adj. Libre y exento de todo peligro, daño o riesgo.

2. adj. Cierto, indubitable y en cierta manera infalible.

3. adj. Firme, constante y que no está en peligro de faltar o caerse.

4. adj. No sospechoso.

5. m. Seguridad, certeza, confianza.

6. m. Lugar o sitio libre de todo peligro.

7. m. Salvoconducto, licencia o permiso que se concede para ejecutar lo que sin él no se pudiera.

8. m. Mecanismo que impide el funcionamiento indeseado de un aparato, utensilio, máquina o arma, o que aumenta la firmeza de un cierre.

9. m. coloq. Asociación médica privada, que se ocupa de la prevención y remedio de las enfermedades de las personas que abonan las primas correspondientes.

10. m. coloq. seguridad social.

11. m. Der. Contrato por el que alguien se obliga mediante el cobro de una prima a indemnizar el daño producido a otra persona, o a satisfacerle un capital, una renta u otras prestaciones convenidas”.

Por su parte, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, proporciona una definición del contrato de seguro, la cual podemos encontrar en el artículo 1, el cual dispone: “ARTICULO 1º.- Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.”

La Ley del Contrato de Seguro, que rige en España, en su artículo 1, define al mencionado contrato como:

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

Por su parte, la Ley de Seguros, que regula las actividades en materia de seguros en Argentina, dentro de su primer artículo define el contrato de seguro de la siguiente manera: “Hay contrato de seguro cuando el asegurador se obliga, mediante una prima o

*cotización, a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto”.*

Acudiendo al tratado elaborado por los tratadistas Planiol y Ripert, proporcionan el siguiente concepto de contrato de seguro: “... es aquél por el cual una persona, denominada asegurador, promete a otra, el asegurado, una prestación subordinada a la realización de un riesgo determinado, mediante una suma denominada prima o cuota”.

Remitiendo a la doctrina actual, varios tratadistas han intentado proporcionar un concepto de seguros uniforme, tal es el caso de el doctrinario Luis Ruiz Rueda, quien considera que para poder hablar de una definición que trate de forma unitaria el contrato de seguro, hay que citar la definición de Hémard, la cual es la siguiente: “*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*”.

Por su parte los autores Robert Riegel, Ph. D. y Jerome S. Millar, aluden que para que resulte posible el seguro es necesario que el grado de riesgo pueda computarse y que el asegurado solamente tenga un control limitado del acontecimiento. Este método es aplicable de un modo tan amplio y se ha vuelto tan usual y provechoso que se pueden enumerar mas de cien tipos distintos de seguros que cubren diferentes modalidades de peligros y valores. Se idean nuevas formas del seguro para obviar a nuevos peligros, como lo demuestran el seguro de computadoras, el seguro contra peligros nucleares, y los contratos en lote proporcionado protección comprensiva contra la mayor parte de los riesgos de propiedad y responsabilidad.

De igual manera, proporcionan una posible definición la cual se cita a continuación:

*“El seguro puede ser definido como una combinación de individuos que aceptan pagar pequeñas contribuciones para remunerar a quienes sufran pérdidas que pueden ser previstas y calculadas. Es semejante al seguro propio porque éste es un caudal acumulado, y análogo a la transferencia de riesgo porque la posibilidad de pérdidas se transfiere a un asegurador. Difiere de la transferencia y de la aceptación del riesgo en que se necesita una ‘combinación de riesgos’ y [podría decirse] en que debería ser posible calcular la pérdida probable. En la aceptación de riesgo, o seguro propio, el control sobre los acontecimientos cubiertos no tienen importancia, pero en la transferencia de riesgo y el seguro, el suceso en cuestión no tiene que estar completamente bajo el control de la persona que desea deshacerse del riesgo. El seguro es una transferencia de riesgo con los caracteres adicionales de [1] combinación de riesgos y [2] cálculo de pérdidas futuras”.*

En la misma obra, se proporciona una definición desde el punto de vista funcional, y en seguida se comenta una definición legal, las cuales son las siguientes:

*“Partiendo del punto de vista funcional, el seguro es un dispositivo social mediante el cual los riesgos inciertos de los individuos pueden combinarse en grupos para convertirse así en algo más certero, y en el que pequeñas contribuciones periódicas de los individuos proporcionan fondos de los cuales se echará mano para retribuir aquellos que hayan sufrido pérdidas. Es la aplicación de la ley estadística de las cifras elevadas al problema económico del riesgo. En su aspecto legal, es un contrato, pues el asegurador se compromete a reintegrar cualquier pérdida financiera que pueda sufrir el asegurado dentro de la extensión del contrato, y el asegurado se compromete a pagar una retribución [la prima]. El asegurador puede ser una corporación, una asociación, un individuo, una caja operadora por el Estado o éste mismo. Las tres distintas formas de organizaciones que acepten el riesgo pueden ser llamadas, por conveniencia, el asegurador, y el individuo al que se exonera del riesgo es el asegurado. El acuerdo entre ambos está sujeto a las leyes corrientes sobre contratos, considerablemente modificadas por los usos y costumbres del negocio, por las decisiones de los tribunales y por los estatutos”.*

En la obra del licenciado Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores, “El contrato de seguro privado”, hace referencia a distintas definiciones acerca del contrato de seguro las cuales se transcriben a continuación:

*“Para el autor Garrigues: ‘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 sobrevivir la situación temida tendremos a nuestra disposición un valor económico que la compense, este valor seguro que se espera, sustituye al valor cuya pérdida se teme; por eso se llama valor de sustitución o reemplazo. El seguro pone lo seguro en lugar de lo inseguro; ésta es la esencia de la institución’.*

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

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

A su vez, el escritor Antonio Guardiola Lozano, anota que el seguro puede ser analizado desde varios puntos de vista. Afirma que algunos autores destacan el principio de solidaridad humana al considerarse como tal institución que garantiza un sustitutivo al afectado por un riesgo, mediante el reparto del daño entre un elevado número de individuos amenazados por un mismo peligro o riesgo; otros tratadistas señalan un principio de contraprestación, al afirmar que el seguro es una operación en virtud de la cual, el asegurado se hace acreedor, mediante el pago de la remuneración llamada prima, de la prestación que deberá satisfacer el asegurador, en el supuesto de que se produzca un siniestro. El seguro se ha considerado también desde su aspecto social (asociación de las masas para el apoyo de intereses individuales), matemático (transformación de un valor eventual en un valor cierto), de coste (el medio más económico para satisfacer una necesidad eventual), entre otros. Viéndolo de manera general, se puede entender como una actividad económica financiera que presta el servicio de transformar los riesgos que son de diversa naturaleza, a que están sometidos los patrimonios, en un gasto periódico presupuestable, que puede ser soportable fácilmente por cada unidad patrimonial.

Siguiendo con las ideas del mencionado doctrinario, menciona un breve concepto de contrato, afirmando que todo contrato se puede definir como un pacto o convenio entre dos o más partes por el que se obligan en relación a una materia o cosa determinada, y se comprometen a su debido cumplimiento.

Hablando de una definición de contrato de seguro, el citado tratadista, proporciona el siguiente concepto: *“Es el documento o póliza suscrito con una entidad de seguros en el que se establecen las normas que han de regular la relación contractual de aseguramiento entre ambas partes [asegurador y asegurado], especificándose sus derechos y obligaciones respectivos”*.

De igual manera, enfocándose al punto de vista legal dice que es:

*“...aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas”*.

En ese orden de ideas, dice que el contrato suscrito con una compañía anónima agota prácticamente el contenido de las relaciones entre las partes que los suscriben, la relación jurídica que se establece con una Sociedad Mutua o Cooperativa es generalmente de naturaleza plural, debido a que, al coexistir necesariamente una doble condición de socio y de tomador del seguro, tales relaciones quedan documentadas, respectivamente, es los Estatutos Sociales (que es la relación jurídico-social) y en el contrato de seguro o póliza (relación jurídico-asegurativa).

En una definición personal podemos decir que el contrato de seguro es aquel en el que una institución o sociedad de seguros se obliga, a razón del pago de una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero, hasta el límite de la suma asegurada, al verificarse la eventualidad prevista en el acuerdo de voluntades.

### 1. 1.3. Elementos personales.

Los elementos personales del contrato de seguro, principalmente son tres, que son los que se trataran y desarrollaran, sin que se pierda de vista que únicamente mencionaré los fundamentales, ya que dichos elementos pueden ser variables, dependiendo de cada seguro, pero tomaré como base para poder comprender el contrato de seguro sólo a el asegurador, asegurado y beneficiario.

#### 1. 1.3.1. El asegurador.

El asegurador, es la sociedad mercantil constituida como sociedad anónima o mutualista de seguro que se encarga de solventar un siniestro, en caso de que éste se realice, a cambio de una contraprestación que como ya se ha visto se le denomina prima, dicha empresa debe reunir requisitos legales fundamentales para poder operar, los cuales se abarcaran de manera genérica en el desarrollo de este punto.

La Real Academia lo define como: *“1. adj. Que asegura. U. t. c. s. 2. adj. Der. Dicho de una empresa: Que se dedica a la asunción de riesgos ajenos a cambio de la percepción de primas. U. t. c. s.”*.

El artículo 34 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, enumera las operaciones que pueden realizar las instituciones de seguros, las cuales son las siguientes:

*“ARTICULO 34.- Las instituciones de seguros, sólo podrán realizar las operaciones siguientes:*

- I.- Practicar las operaciones de seguros, reaseguro y reafianzamiento a que se refiera la autorización que exige esta Ley;*  
*I Bis.- Celebrar operaciones de reaseguro financiero en términos de las fracciones I Bis y XIII Bis-1 del artículo 35 de esta Ley;*
- II.- Constituir e invertir las reservas previstas en la Ley;*
- III.- Administrar las sumas que por concepto de dividendos o indemnizaciones les confíen los asegurados o sus beneficiarios;*  
*III bis.- Administrar las reservas correspondientes a contratos de seguros que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro de personas a que se refiere el segundo párrafo de la fracción I del artículo 8o. de esta Ley;*
- IV. Actuar como institución fiduciaria en negocios directamente vinculados con las actividades que les son propias. Al efecto, se considera que están vinculados a las actividades propias de las instituciones de seguros los fideicomisos de administración en que se afecten recursos relacionados con el pago de primas por los contratos de seguros que se celebren.*  
*Asimismo, podrán actuar como institución fiduciaria en los fideicomisos de garantía a que se refiere la Sección Segunda del Capítulo V del Título Segundo de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito, sujetándose a lo que dispone el artículo 85 Bis de la Ley de Instituciones de Crédito y bajo la inspección y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.*  
*Tratándose de instituciones de seguros autorizadas para practicar operaciones de vida también se considerarán vinculados con las actividades que les son propias, los fideicomisos en que se afecten recursos relacionados con primas de antigüedad, fondos individuales de pensiones, rentas vitalicias, dividendos y sumas aseguradas, o con la administración de reservas para fondos de pensiones o jubilaciones del personal, complementarias a las que establecen las leyes sobre seguridad social y de primas de antigüedad.*  
*En lo no previsto por lo anterior, a las instituciones de seguros fiduciarias les será aplicable lo establecido en la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.*  
*La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, oyendo la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, podrá determinar mediante reglas de carácter general otros tipos de fideicomisos en los que podrán actuar como fiduciarias las instituciones de seguros;*
- V.- Administrar las reservas retenidas a instituciones del país y del extranjero, correspondientes a las operaciones de reaseguro y reafianzamiento;*
- VI.- Dar en administración a las instituciones cedentes, del país o del extranjero, las reservas constituidas por primas retenidas correspondientes a operaciones de reaseguro o reafianzamiento;*
- VII.- Efectuar inversiones en el extranjero por las reservas técnicas o en cumplimiento de otros requisitos necesarios, correspondientes a operaciones practicadas fuera del país;*
- VIII.- Constituir depósitos en instituciones de crédito y en bancos del extranjero en los términos de esta Ley;*
- IX. Recibir títulos en descuento y redescuento a instituciones de crédito, organizaciones auxiliares del crédito y sociedades financieras de objeto múltiple, así como a fondos permanentes de fomento económico destinados en fideicomiso por el gobierno federal en instituciones de crédito;*
- X.- Otorgar préstamos o créditos;*  
*X Bis.- Emitir obligaciones subordinadas, las cuales podrán ser no susceptibles de convertirse en acciones, o de conversión obligatoria en acciones, así como emitir otros títulos de crédito, en los términos previstos en las fracciones XIII Bis y XIII Bis-1 del artículo 35 de esta Ley;*
- XI.- Operar con valores en los términos de las disposiciones de la presente Ley y de la Ley del Mercado de Valores;*  
*XI Bis.- Emitir documentos que otorguen a sus titulares derechos de crédito conforme a la Ley del Mercado de Valores que puedan ser materia de oferta pública y de intermediación en el mercado de valores en términos de lo previsto en la citada Ley y en las disposiciones de carácter general que expida la Comisión Nacional de Valores para estos efectos, siempre y cuando tales emisiones no se ubiquen en los supuestos a que se refiere el artículo 62 de esta Ley;*
- XII.- Operar con documentos mercantiles por cuenta propia, para la realización de su objeto social;*
- XIII.- Adquirir, construir y administrar viviendas de interés social e inmuebles urbanos de productos regulares;*
- XIV.- Adquirir los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de su objeto social;*  
*XIV Bis.- Invertir en el capital de las administradoras de fondos para el retiro y en el de las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro, en los términos de la legislación aplicable;*
- XV.- Actuar como comisionista con representación de empresas extranjeras para efectos de lo previsto en los incisos 1) y 2) de la fracción III del artículo 3o. de esta Ley; y*
- XVI.- Efectuar, en los términos que señale la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, las operaciones análogas y conexas que autorice”.*

El doctrinario Halperin, aunque no da una definición específica sobre el asegurador, da nociones sobre el concepto de empresa de seguros que son de carácter técnico-económico, las cuales son: “a) empresa con objeto único de crear una mutualidad de asegurados; b) sujetos a riesgos naturales; c) mediante un precio (prima, cotización o contribución), fijado técnicamente”.

En los elementos anteriores se dan los caracteres indispensables y uniformes necesarios para la operación de toda clase de seguros, tales como el precio, causa, objeto y sujeto.

El autor Sánchez Flores, cita la definición de la empresa aseguradora, mencionada en su libro Curso de Introducción al Seguro: "...como la persona que, mediante la formalización de un contrato de seguro, asume las consecuencias dañosas producidas por la realización del evento cuyo riesgo es objeto de cobertura asumiendo, en nuestro país la forma de sociedad anónima o sociedad mutualista".

De igual manera, refiere que la actividad de una empresa de seguros se encuentra orientada a la práctica del seguro. En la práctica y en la totalidad de los países, sólo se lleva a cabo esta actividad por personas jurídicas y mediante unas de las formas de sociedad reconocida, por lo que resulta innecesario hacer una distinción entre empresa de seguros ó institución de seguros ó entidad aseguradora ó asegurador.

La CONDUSEF, dentro de su página electrónica, define a la empresa aseguradora: "*Es la persona moral que, mediante la formalización de un Contrato de Seguro, asume las consecuencias dañosas producidas por la realización del evento cuyo riesgo es objeto de la cobertura*".

La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros dispone en su título Primero, lo referente a su organización, funcionamiento y disposiciones generales de las empresas de seguros. En este capítulo, como ya se mencionó se regula el funcionamiento y la organización de una institución de seguros, siendo requisito indispensable la autorización del gobierno federal, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, según el artículo 5 LGISMS.

Cabe mencionar que no se puede inscribir en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio, aquellas escrituras constitutivas, de sociedades en las cuales la razón social, denominación o nombre se empleen palabras que indiquen la actividad de seguros, como bien puede ser, seguro, aseguramiento o cualquier otra palabra parecido, en ningún idioma, al menos que se presente la documentación oficiales en los cuales conste que existe la autorización por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para operar en materia de seguros, según el artículo 20 de la LGISMS.

Dentro de los derechos y obligaciones del asegurador podemos mencionar los puntos más relevantes que establece la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las cuales son:

i. a) Derechos

- El artículo 63, se refiere a que 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.
- El artículo 107, le da la facultad de rescindir el contrato de seguro en el supuesto de que haya cambiado el dueño de la cosa asegurada.
- En el caso de que se incurra en omisiones o inexactas declaraciones a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la ley de referencia, se tiene la facultad para rescindir el contrato.
- Refiriéndome al artículo 116, preceptúa que la empresa podrá adquirir los efectos salvados, siempre que abone al asegurado su valor real según estimación pericial.
- De conformidad con el mismo precepto legal, podrá también reponer o reparar a satisfacción del asegurado la cosa asegurada, liberándose así de la indemnización.
- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, según el artículo 69.

b) En cuanto a sus obligaciones:

- Como su principal obligación es sin duda, el pago de la indemnización según lo pactado en el contrato, de lo contrario se debe notificar el rechazo del pago al asegurado con base en lo estipulado en la póliza.
- Según el artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el asegurador estará obligado a entregar al contratante del seguro, una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes.
- Como lo establece el artículo 23, de la ya mencionada ley, la empresa aseguradora tendrá la obligación de expedir, a solicitud y costa del asegurado, copia o duplicado de la póliza así como de las declaraciones hechas en la oferta.
- Por otra parte, el artículo 24, del mismo ordenamiento, establece que para que puedan surtir efectos probatorios contra el asegurado, será indispensable que estén escritos o impresos en caracteres fácilmente legibles, tanto la póliza como los documentos que contengan cláusulas adicionales de la misma, los certificados individuales de seguro de grupo, los certificados de pólizas abiertas, los certificados provisionales de pólizas, las notas de cobertura, las solicitudes de seguro, los formularios de ofertas suministrados por las empresas y, en general, todos los documentos usados en la contratación del seguro.

- • Mientras que el artículo 48 se refiere a que 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 tanto que el artículo 78, dispone que la empresa aseguradora responderá del siniestro aun cuando éste haya sido causado por culpa del asegurado, y sólo se admitirá en el contrato la cláusula que libere a la empresa en caso de culpa grave.
- • La empresa responderá de las pérdidas y daños causados por las personas respecto a las cuales es civilmente responsable el asegurado; pero se admitirá en el contrato la cláusula de que trata el artículo anterior, según el artículo 79.
- • El artículo 80, dice que responderá siempre que el siniestro se cause en cumplimiento de un deber de humanidad.

### 1. 1.3.2. El asegurante o asegurado.

Cuando un individuo de derecho se encuentra expuesto a la generación de un riesgo que lo afecte, ya sea en su patrimonio o en su persona, se ve en la necesidad de protegerse contra cualquier imprevisto, recurriendo a una aseguradora, para contratar un seguro contra determinado riesgo, así prevé una situación futura pero que no deja de ser de realización incierta. Este sujeto a cambio de esa protección tiene que pagar una contraprestación llamada prima, para que le pueda ser resarcida o pagada su afectación. Al ser el sujeto que contrata una póliza de seguros, acepta que puede darse o no el siniestro, que de no darse el siniestro la prima que ha sido pagada forma parte de un fondo que servirá para pagar el siniestro de la misma naturaleza a otro asegurado.

La Real Academia lo define como: *“(Del part. de asegurar). 1. adj. Der. Dicho de una persona: Que se encuentra expuesta al riesgo que asegura. U. t. c. s.”*.

El profesor Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores, define al asegurado como: *“...la persona que celebra con una empresa aseguradora un contrato de seguro”*.

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

En el Manual de Introducción al Seguro de Mapfre, se define al asegurado como:

*“En sentido estricto, es la persona que sí misma o en su bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo.*

*Así, en el ramo Vida, asegurado es la persona cuya vida se garantiza; en el ramo de Incendios, es el titular del inmueble cubierto por la póliza.*

*En el seguro de vida, se utiliza la expresión <<cabeza asegurada>> para designar a la persona asegurada, cuyo fallecimiento o supervivencia es causa del pago del capital por parte del asegurado”*.

Por su parte, la CONDUSEF, proporciona una definición del asegurante diciendo que: *“En sentido estricto, es la persona que en sí misma o en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo y que en tal virtud ha contratado con una compañía de seguros”*.

Por mencionar algunas de las más relevantes obligaciones del asegurado, cito las siguientes:

#### Obligaciones

- • La principal obligación, es proceder siempre de buena fe, al declarar y describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, así como la fijación real de su valor económico
- • Preceptúa el artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que 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.
- • Por su parte el artículo 9 de la citada ley refiere que si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado
- • El artículo 10 del ordenamiento referido, establece que 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.

- • Siguiendo con el mismo ordenamiento el artículo 52, regula que 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.
- • El artículo 31 del multicitado ordenamiento, anota que el contratante del seguro estará obligado a pagar la prima en su domicilio, si no hay estipulación expresa en contrario.
- • Se debe notificar del siniestro en un plazo no mayor de cinco días, según lo regula el artículo 66 de la referida ley.
- • El artículo 113, establece que al ocurrir el siniestro, el asegurado tendrá la obligación de ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño. Si no hay peligro en la demora, pedirá instrucciones a la empresa aseguradora, debiendo atenerse a las que ella le indique. Los gastos hechos por el asegurado que no sean manifiestamente improcedentes, se cubrirán por la empresa aseguradora, y si ésta da instrucciones anticipará dichos gastos.
- • Por su parte el artículo 114, señala que sin el consentimiento de la empresa, el asegurado estará impedido de variar el estado de las cosas, salvo por razones de interés público o para evitar o disminuir el daño, pero la empresa aseguradora deberá cooperar para que puedan restituirse a su lugar en el más breve plazo.

### 1. 1.3.3. El beneficiario.

El beneficiario, es la persona que recibirá los beneficios previstos en la póliza de seguros en el supuesto de la realización del riesgo asegurado, este beneficiario puede ser una persona ajena a los contratantes, o bien, puede resultar que el beneficiario sea el mismo asegurado, pero siempre tendrá que ser designado, de lo contrario se establecen reglas para suplir dicha deficiencia.

La Real Academia lo define como: *“(Del lat. beneficiarius). 1. adj. Dicho de una persona: Que resulta favorecida por algo. U. t. c. s.”... “~ del seguro. 1. m. y f. Der. Persona a quien beneficia un contrato de seguro”.*

El asegurado, en el caso de que se designe en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer del derecho libremente que se deriva de éste, por causa de muerte o por acto entre vivos (Art. 164 LSCS)

Manual de Introducción al Seguro. “Persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen”.

En el citado manual se citan dos tipos de designación: la expresa ó la tácita, y que por lo general es de libre nombramiento.

Por otro lado, la CONDUSEF define al beneficiario de las siguientes maneras:

*“La persona a cuyo favor se expide o cede un título de crédito. El que adquiere una utilidad, beneficio o ventaja que se origina en un contrato o en una sucesión hereditaria. El que goza de alguna manera de un bien o usufructo. Persona, agrupación o entidad que es favorecida con cualquier tipo de transferencias, sean éstas explícitas o implícitas.*

*Persona designada en la póliza por el Asegurado o Contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen”.*

*“Beneficiarios, son aquellas personas designadas por el titular, para recibir los bienes, derechos, ganancias, rendimientos o utilidades derivados del contrato que firme éste”.*

Al momento de celebrar un contrato de seguro, la compañía aseguradora, solicitará entre otros requisitos, la designación de un beneficiario, el cual se da casi siempre en el seguro de vida, al realizar dicha designación es necesario tener presente algunos puntos indispensables.

En los contratos de seguro sobre las personas, el beneficiario será la persona designada en la póliza por el asegurado (Art. 163 LSCS).

Como regla general el beneficiario lo designa el asegurado en el momento en que se contrata una póliza de seguros, pero también puede realizarse en un momento posterior mediante un escrito que se le presentará a la empresa aseguradora, la cual mediante un endoso establecerá la designación de beneficiarios. De no haber designado beneficiarios, el pago de la indemnización les corresponderá a los herederos designados en testamento, o bien, a falta de éste, se realizará a quienes hayan sido nombrados

mediante una sucesión legítima (Art. 164 LSCS).

Los derechos que le corresponden a los beneficiarios, derivados de una póliza de seguro referente a la indemnización, se estipulan dentro de una cláusula de carácter especial, dichos derechos pueden llegar a ser exigidos de manera directa con la aseguradora por los beneficiarios que fueron designados.

Puede tener la calidad de beneficiario cualquier persona sea física o bien, moral, debiéndose señalar el porcentaje que deberá recibir de la suma asegurada; esta calidad también puede ser adquirida por el propio asegurado.

En el supuesto de que haya sido designado un único beneficiario y falleciere antes o al mismo tiempo que el asegurante, a falta de otro beneficiario, procede que el importe del seguro se deberá pagar a los herederos con derecho por sucesión testamentaria, si no existiere un testamento les corresponde a los herederos por sucesión legítima, salvo pacto en contrario o que se diera el caso de una renuncia sobre el derecho de revocar la designación.

El asegurado tiene la facultad de revocar a los beneficiarios en cualquier momento de la vigencia de la póliza. Si se estipula por escrito entre el contratante del seguro y la aseguradora, el contratante está en la posibilidad de renunciar a este derecho de revocación, teniendo la obligación el asegurado, de avisarles por escrito a los beneficiarios designados. Para que se acredite legalmente la revocación de beneficiarios, deberá quedar estipulado en la póliza del seguro (Art. 165 LSCS).

Una vez renunciada la facultad de revocar a los beneficiarios y que quede estipulado en la póliza de seguros, bajo ninguna circunstancia podrá ser embargado el derecho de los beneficiarios sobre el contrato de seguro ni podrá quedarse sujeto a cualquier ejecución en provecho de acreedores del asegurado en el supuesto de que éste se encuentre en concurso (Art. 168 LSCS).

Si existiere la declaración de concurso mercantil, respecto de un asegurado, o de sus beneficiarios que sea su cónyuge o sus descendientes, pueden sustituir al contratante del seguro en el contrato, convirtiéndose en los asegurados, y de renunciar a lo anterior deberá ser notificado por escrito ante la aseguradora. Dicha sustitución es con la finalidad de que el pago que deba realizar en su momento la empresa aseguradora, no entre dentro del concurso mercantil. Lo anterior, es aplicable únicamente al contrato de seguro de vida (Art. 170 LSCS).

Los beneficiarios deberán notificar a la empresa aseguradora la transmisión del seguro, debiendo presentarle prueba auténtica sobre la existencia de la declaración de concurso mercantil del asegurado (Art. 170 LSCS).

En el caso de que en el contrato se designaran como beneficiarios a los hijos del asegurado y su cónyuge, sin especificar los porcentajes que les corresponden a cada uno de los beneficiarios, la aseguradora le dará el cincuenta por ciento de la indemnización al cónyuge y el otro cincuenta por ciento a los hijos legalmente acreditados (Art. 174 LSCS).

Si fallece uno de los beneficiarios designado en el contrato, el porcentaje que le correspondía se repartirá en partes iguales entre los demás beneficiarios (Art. 177 LSCS).

Si renunciaren los hijos del asegurado al derecho de recibir la indemnización del seguro, los padres, el cónyuge, abuelos y/o hermanos del asegurado que hubieran sido beneficiarios, adquirirán los derechos sobre la misma (Art. 178 LSCS).

En caso de suicidio del asegurado, la empresa aseguradora está obligada a cubrir la indemnización de la póliza, por cualquiera que sea el estado mental en que se haya encontrado o bien por el móvil que lo haya motivado, con la condicionante de que el suicidio se verifique transcurridos dos años de la celebración del contrato de seguro, si esto sucede antes de este plazo, la aseguradora solo reembolsara la reserva matemática (Art. 186 LSCS).

El plazo máximo que se tiene para la reclamación ante la empresa aseguradora del pago de la indemnización de una póliza de seguros es de dos años o bien para realizar cualquier reclamación que tenga que ver con el contrato de seguro, el plazo será contado a partir de la fecha del siniestro (Art. 81 LSCS).

Si no se tiene conocimiento de los beneficiarios de una póliza de seguro, o ya sea de la existencia de ésta, previa demostración a la aseguradora de lo anterior, el plazo correrá desde el día en que se haya tenido conocimiento de los beneficiarios (Art. 82 LSCS).

Como las principales obligaciones del beneficiario, podemos citar dos, las cuales son:

- a. • Debe de comprobar a la empresa aseguradora la calidad que tiene como beneficiario, a su vez, debe de proporcionar la documentación que ésta le requiera para poder verificar las condiciones bajo las cuales

sucedió el siniestro.

- b. • Al haberse verificado la procedencia de la reclamación, tiene todo el derecho para poder recibir el importe por parte de la aseguradora de la indemnización.

#### 1. 1.4. La ley de los promedios.

Se trata de una ley de carácter actuarial, la cual es conocida de diferentes maneras, la mas conocida es la ley de los grandes números, también es conocida como la ley estadística, pero todos los nombres tienen el mismo significado, se trata de una ley que estudia los diversos riesgos, su frecuencia, su impacto. Esta ley es de suma importancia para las aseguradoras ya que se basan en estos estudios para cuantificar una prima, y para ver la utilidad de un seguro, para así poder estudiar el riesgo que contrata el asegurado de acuerdo a los resultados actuariales.

El doctrinario Luis Ruiz Rueda, la conoce como la ley de los grandes números.

*“Ha sido la observación de los hechos de la misma especie, pero sujetos al azar y el registro de los resultados de tales observaciones efectuadas de una manera constante y sistemática, lo que ha permitido el cálculo de las probabilidades y la determinación con una aproximación extraordinaria, de las pérdidas totales en esos grupos homogéneos de casos expuesto a un mismo riesgo, durante un lapso determinado. Así se llega a fijar también la cotización de los mutualizados para la duración de su compromiso.*

*El procedimiento se ha fundado en las siguientes observaciones:*

- a. a) *Aunque el riesgo [amenaza de daño] es universal o general, sólo se realiza para un grupo de reducido de los expuestos a él.*
- b. b) *Si la observación y registro de las veces que se realiza en un lapso determinado un riesgo que amenaza a un grupo numeroso, se repite en gran número de pruebas; los resultados que en ellas se obtienen, dan cifras que difieren muy poco entre sí.*
- c. c) *Esos resultados de cada prueba realizada en igualdad de circunstancias, difieren entre sí tanto menos, cuanto mayor es el número de casos posibles que se comprenden en cada prueba realizada.”*

*“La ley de los grandes números, regla desprendida de la estadística o sea de la experiencia registrada según una técnica propia, tiene su explicación en que la mayoría de los fenómenos que para nosotros están sujetos al azar, en realidad se realizan debido a la acción de causas regulares y constantes, cuyas leyes naturales desconocemos y de ahí que sólo apreciemos esos fenómenos como efectos aislados.*

*Si la observación de esos fenómenos se registra en grupos de casos posibles muy reducidos, puede ocurrir que no sólo operen sus causas regulares y constantes, sino que también pueden intervenir la acción de causas accidentales e irregulares no regidas por leyes naturales. Los resultados obtenidos en la observación de estos grupos reducidos, pueden variar entre sí grandemente, por la razón apuntada.*

*En cambio, mientras mayor sea el número de casos posibles de realización al efecto, que se observen, menor será el de la intervención de las causas accidentales e irregulares en la producción del efecto observado y mayor será el de la intervención de las causas regulares y constantes.*

*Prevalece la regla sobre la excepción y la acción de aquélla tiende a neutralizar la de esta última.”*

De igual manera, el tratadista Antonio Guardiola Lozano, habla de que la ley de los grandes números es el nombre con el que se conoce a la postura científica en que están establecidos en fenómenos eventuales, se producen o manifiestan circunstancialmente al momento en que se analiza de manera periódica un mismo acontecimiento, decrece en si irregularidad hasta conseguir una constante, de esta manera, se genera una creciente en cuanto a la masa de los hechos a que se aplica mencionada observación. Las consecuencias derivadas de esta ley, cuando su aplicación se efectúa sobre una adecuada y suficiente base estadística, determinan el grado de posibilidad de que se produzca determinado acontecimiento. Por lo anterior, es una base fundamental de carácter actuarial referente al cálculo y determinación de una prima para la cobertura de un riesgo.

Recurriendo a una enciclopedia electrónica encontramos, varias definiciones acerca de la ley de los grandes números, las cuales van encaminadas hacia la misma dirección, que se trata de una ley que se encarga de estudiar aquellos sucesos cotidianos para saber la frecuencia con la cual se presentan, tales definiciones son las que a continuación menciono:

*“Se dice que una sucesión de variables aleatorias definidas sobre un espacio de probabilidad común obedece la **ley de los grandes números** cuando la media de las muestras de variables tiende a la media de las esperanzas de las variables aleatorias de la sucesión, según el número total de variables aumenta.*

*En un contexto estadístico, las leyes de los grandes números implican que el promedio de una muestra al azar de una*

*población de gran tamaño tenderá a estar cerca de la mediana de la población completa.*

*En el contexto de teoría de la probabilidad, varias leyes de grandes números dicen que el promedio de una secuencia de variables elegidas al azar con una distribución de probabilidad común, converge (en los sentidos explicados abajo) a su valor esperado común, en el límite mientras el tamaño de la secuencia se aproxima al infinito. Varias formulaciones de la ley de los grandes números (y sus condiciones asociadas) especifican la convergencia de formas distintas.*

*Cuando las variables aleatorias tienen una varianza finita, el teorema central del líder extiende nuestro entendimiento de la convergencia de su promedio describiendo la distribución de diferencias estandarizadas entre la suma de variables aleatorias y el valor esperado de esta suma. Sin importar la distribución subyacente de las variables aleatorias, esta diferencia estandarizada converge a una variable aleatoria normal estándar.*

*La frase "ley de los grandes números" es también usada ocasionalmente para referirse al principio de que la probabilidad de cualquier evento posible (incluso uno improbable) ocurra al menos una vez en una serie incrementa con el número de eventos en la serie. Por ejemplo, la probabilidad de que un individuo gane la lotería es bastante baja; sin embargo, la probabilidad de que alguien gane la lotería es bastante alta, suponiendo que suficientes personas comprasen boletos de lotería."*

## 1. 1.5. Los dos grandes grupos en materia de seguros.

En un intento, por diversos doctrinarios, para poder dar la clasificación del contrato de seguro a lo largo de los años, encontramos que la modalidad más acertada para poder dividir al contrato de seguro, es la que la clasifica en contrato de seguro de cosas o daños y contrato de seguro de vida o de personas, de dicha división se encuentra a su vez subdivisiones, las cuales en gran parte fueron retomadas por nuestros legisladores, por lo que se analizarán de la siguiente manera.

### 1. 1.5.1. Seguro de cosas o de daños.

La actividad de los seguros, se ve muy agitada, cada vez existen más bienes que pueden ser objeto de ser asegurados, pero hasta donde una compañía aseguradora está obligada a generar contratos de seguros cuando un riesgo no está debidamente estudiado, aunque se remita a la ley, puede ser asegurado todo aquello que tenga un interés económico, es por eso que analizaremos los requisitos necesarios para poder celebrar un contrato de este tipo.

Es por eso que en nuestra legislación, se regula dentro de sus artículos más importantes referentes a este seguro, de donde se desprenden los puntos primordiales para la celebración de este contrato, de la siguiente manera:

*“ARTICULO 85.- Todo interés económico que una persona tenga en que no se produzca un siniestro, podrá ser objeto de contrato de seguro contra los daños”.*

*“ARTICULO 86.- En el seguro contra los daños, la empresa aseguradora responde solamente por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor real asegurados. La empresa responderá de la pérdida del provecho o interés que se obtenga de la cosa asegurada, si así se conviene expresamente”.*

La legislación española, no proporciona una definición del seguro de daños, sin embargo, el artículo 25, establece el requisito, para la existencia del mismo: “...el contrato de seguro contra daños es nulo si en el momento de su conclusión no existe un interés del asegurado a la indemnización del daño”.

Por su parte la Ley de Seguros, Argentina, en su artículo 60, preceptúa la definición de seguros de daños patrimoniales: “Art. 60. Puede ser objeto de estos seguros cualquier riesgo si existe interés económico lícito de que un siniestro no ocurra.”

Los tratadistas franceses Planiol y Ripert, comentan que el seguro sobre bienes es un contrato de indemnización, lo cual puede ser llamado “principio indemnizatorio” el cual distingue esencialmente el juego o de la apuesta el de seguro de cosas, esto es, el contrato no puede constituir para el asegurado una fuente de enriquecimiento, sino que solamente ha de tener a indemnizarlo de un daño efectivo. La justificación racional de esa regla, es fácil de advertir. Si el seguro pudiera como consecuencia enriquecer al asegurado éste tendría interés en provocar el siniestro, lo que sería manifiestamente contrario al interés general y al orden social.

Para el autor Ruiz Rueda, “el seguro de daños es un contrato de indemnización, es decir, jamás debe procurar una ganancia al asegurado, sino resarcirle únicamente los daños sufridos.”, siendo lo anterior un principio que rige únicamente en el seguro de daños careciendo de este principio en el seguro de vida, pues no existe un valor sobre la vida.

Ya que como se deriva del artículo 86, de nuestra legislación de seguros, la empresa aseguradora sólo está obligada a responder por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor real asegurados.

Refiriéndome nuevamente, al manual de introducción al seguro, aquí se define como:

*“Bajo esta denominación se recogen todos los seguros cuyo fin principal es reparar la pérdida sufrida, a causa de siniestro, en el patrimonio del tomador de seguros.*

*Son elementos esenciales de los seguros de daños: el interés asegurable, que implica la necesidad de que el tomador del seguro tenga algún interés directo y personal en que el siniestro no se produzca, bien a título de propietario, usuario, etc.: y el principio indemnizatorio, según el cual la indemnización no puede ser motivo de enriquecimiento para el asegurado y debe limitarse a resarcirle del daño concreto y real sufrido en su patrimonio.*

*Los seguros de daños pueden dividirse en dos grandes grupos: seguros de cosas, destinados a resarcir al asegurado de las pérdidas materiales directamente sufridas en un bien integrante de su patrimonio, y seguro de responsabilidad, que garantizan al asegurado contra la responsabilidad civil en que pueda incurrir ante terceros por actos de los que sea responsable, y proteger su patrimonio, abstractamente considerado, contra el nacimiento de posibles deudas futuras.”*

La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en su página electrónica, proporciona una clasificación sobre los diversos ramos que encontramos dentro del seguro de daños con una breve explicación, la cual se muestra a continuación:

***I. Ramo de Incendio.-*** *Es aquel que garantiza al Asegurado el pago de una indemnización en caso de incendio de los bienes especificados en la póliza o la reparación o reposición de la piezas averiadas, y puede contemplar coberturas adicionales como pueden ser:*

*Responsabilidad civil, pérdida de rentas, pérdida de beneficios, gastos y daños.*

***II. Ramo de Responsabilidad Civil.-*** *Se compromete a indemnizar al asegurado del daño que pueda experimentar su patrimonio a consecuencia de la reclamación que le efectúe un tercero, por la responsabilidad en que haya podido incurrir, tanto el propio asegurado como aquellas personas que dependen civilmente del asegurado.*

***III. Ramo Agrícola.-*** *Tiene por objeto la cobertura de los riesgos que puedan afectar a las explotaciones agrícolas, ganaderas o forestales y sus principales modalidades son:*

- 1. 1. Seguro de Ganado.*
- 2. 2. Seguro de Incendio de Cosechas.*
- 3. 3. Seguro de Granizo.*

***IV. Ramo de Crédito.-*** *Tiene por objeto garantizar a una persona el pago de los créditos que tenga a su favor cuando se produzca la insolvencia de sus clientes deudores por créditos comerciales.*

***V. Ramo de Transportes.-*** *La compañía de seguros se compromete al pago de determinadas indemnizaciones a consecuencia de los daños sobrevenidos durante el transporte de mercancías y se divide en marítimo, aéreo y ferroviario:*

***a) Seguro Marítimo.-*** *Garantiza los riesgos de navegación que puedan afectar, tanto al buque transportador como a la carga transportada, y puede ser seguro de buque, carga o flete.*

***b) Seguro de Aviación.-*** *Tiene por objeto el pago de indemnización derivada de accidentes sufridos por aeronaves.*

***c) Seguro Ferroviario.-*** *Tiene por objeto el pago de indemnización derivada de accidentes sufridos por ferrocarril.*

***VI.- Ramo de Diversos.-***

***a) Seguro de Robo .-*** *La compañía de seguros se compromete a pagar los daños sufridos por la desaparición, destrucción o deterioro de los objetos a causa de robo, asalto o tentativas.*

***b) Seguro Cinematografía .-*** *Tiene por objeto cubrir los daños durante una producción cinematográfica.*

***c) Seguro Cristales .-*** *Éste garantiza al asegurado el pago de una indemnización o reposición en caso de rotura accidental de las lunas o cristales descritos en la póliza.*

***d) Seguro Ingeniería .-*** *Consiste en un grupo de modalidades de cobertura que amparan determinados riesgos derivados del funcionamiento, montaje o prueba de maquinaria o inherentes a la construcción de edificios. Sus principales modalidades incluyen*

***i.- Seguro de Construcción .-*** *Garantiza los daños que puedan sufrir los bienes integrantes de una obra ejecutada.*

***ii.- Seguro de Maquinaria .-*** *Garantiza los daños que puedan sufrir maquinaria, equipos o plantas industriales.*

***iii.- Seguro de Montaje .-*** *Se asemeja al de construcción pero en el momento de su instalación o montaje.*

***iv.- Seguro Electrónico .-*** *Garantiza el seguro al equipo de procesamiento de datos descritos en el contrato.*

***v.- Seguro de Calderas .-*** *Asegura a las calderas en caso de explosión, entre otros.”*

Por su parte la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en el artículo 7, dispone acerca de las autorizaciones para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros, que son por su propia naturaleza intransmisibles y se referiran a una o más de las operaciones de seguros siguientes:

I. I. Vida;

- II. II. Accidentes y enfermedades, en alguno(s) de los ramos siguientes:
  - a. a) Accidentes personales;
  - b. b) Gastos médicos; y
  - c. c) Salud;
- III. III. Daños, en alguno(s) de los ramos siguientes:
  - a. a) Responsabilidad civil y riesgos profesionales;
  - b. b) Marítimo y transportes;
  - c. c) Incendio;
  - d. d) Agrícola y de animales;
  - e. e) Automóviles;
  - f. f) Crédito;
  - g. g) Diversos;
  - h. h) Terremoto y otros riesgos catastróficos; e
  - i. i) Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, conforme a lo dispuesto por el artículo 9° de la ley en estudio.

1. 1.5.2. Seguro de personas o vida.

Una de las principales preocupaciones en la actualidad, es el poder proteger la integridad física, es por eso que este seguro es uno de los mas importantes seguros que se regulan, debido a su importancia puesto que se puede contratar un seguro contra un riesgo que atente contra la persona del asegurado, o bien, ya sea de sus familiares, lo cual le da una seguridad y tranquilidad no sólo emocional sino también económica.

Nuestros legisladores, regulan el contrato sobre las personas de la siguiente manera:

*“ARTICULO 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.”*

*“ARTICULO 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 España, los artículos 80 y 81 de su legislación que regula la actividad de los seguros, proporcionan de manera breve una idea sobre dicho contrato:

*“Artículo 80. El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado.*

*Artículo 81. El contrato puede celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona o a un grupo de ellas. Este grupo deberá estar delimitado por alguna característica común extraña al propósito de asegurarse.”*

Dentro de la legislación Argentina, encontramos las modalidades bajo las cuales se puede contratar el seguro de vida:

*“Art. 128. El seguro se puede celebrar sobre la vida del contratante o de un tercero.*

*Menores mayores de dieciocho años*

*Los menores de edad mayores de 18 años tienen capacidad para contratar un seguro sobre su propia vida sólo si designan beneficiarios a sus ascendientes, descendientes cónyuge o hermanos, que se hallen a su cargo.*

*Consentimiento del tercero. Interdictos y menores de catorce años*

*Si cubre el caso de muerte, se requerir el consentimiento por escrito del tercero o de su representante legal si fuera incapaz.*

*Es prohibido el seguro para el caso de muerte de los interdictos y de los menores de 14 años.”*

Para el especialista Ruiz Rueda, el seguro de personas comprende no sólo el seguro de vida que incluye el riesgo de muerte o ya sea de supervivencia, también incluye seguros que abarcan enfermedades y accidentes.

A su vez, explica que el seguro de vida cubre el riesgo de muerte, por la utilidad práctica de este seguro, se entiende que al hablar del seguro de vida existe ya un riesgo de muerte; el seguro de vida que cubre el riesgo de supervivencia, el cual considera que el riesgo es la mayor dificultad para poder ganarse la vida aun con la imposibilidad de lograrlo, ya que si un asegurado sobrevive después de la realización de un riesgo, puede encontrarse con algún tipo de incapacidad para poder sobrevivir, este seguro es conocido como el seguro dotal; y, habla del seguro mixto, el cual es un seguro de supervivencia en determinado plazo estipulado

en el contrato, que al llegar el vencimiento será pagada la suma asegurada si es que el asegurado sobrevive para esa fecha, pero también se puede dar el caso de que antes del vencimiento del plazo muere el asegurado, entonces la compañía aseguradora deberá pagar a los beneficiarios la suma asegurada. Es pues, un seguro mixto en virtud de que se cubren dos riesgos que son el de la muerte y el de supervivencia, conocido como seguro dotal.

En el mismo orden de ideas expone que:

*“debe considerarse el seguro de personas en general y el de vida en lo particular como indemnizatorios, independientemente que la cuantificación de los daños en dinero, sea difícil de hacer en el momento de la celebración del contrato, y por lo mismo, difícil también de determinar el monto adecuado de la suma asegurada...”*

Para el doctrinario Antonio Guardiola Lozano, habla del seguro de personas, de la siguiente manera:

*“Se caracteriza porque el objeto asegurado es la persona humana, haciéndose depender de su existencia, salud o integridad el pago de la prestación.*

*En este tipo de seguros, el pago de la indemnización no guarda relación con el valor del daño producido por la ocurrencia del siniestro. Ello es lógico toda vez que la persona no es evaluable económicamente. De ahí que, en realidad, este tipo de seguros no constituya un contrato de indemnización propiamente dicho, diferenciándose así de los seguros de daños. Las principales modalidades de los seguros de personas son: seguros de vida, seguro de accidentes y seguro de enfermedad.”*

Nuevamente, recorro al portal de Internet de la CONDUSEF, en el cual se proporciona una breve introducción sobre el seguro de vida, posteriormente lo clasifica dentro de dos grupos, dentro de los cuales encontramos subdivisiones, de las distintas modalidades en este seguro, como se muestra a continuación:

*“El Seguro de Vida es una de los tipos del Seguro de Personas en el que el pago por parte de la compañía de seguros de la suma asegurada del contrato, se **hace depender del fallecimiento ó supervivencia del asegurado** en un momento determinado.*

*En este tipo de seguro el pago de la indemnización no guarda relación con el valor del daño producido por la concurrencia del siniestro, debido a que la persona no es evaluable económicamente. De ahí que este tipo de seguro no constituya un contrato de indemnización propiamente dicho, diferenciándose así de los Seguros de Daños.*

*Existen dos modalidades para este seguro:*

1. **1. Seguro en caso de Supervivencia** .- El beneficiario (que en este caso es generalmente el propio Asegurado) percibirá la suma asegurada si vive hasta la fecha predeterminada, éste garantiza el pago de un capital o una renta al beneficiario.

*Las modalidades básicas de este tipo de seguro son:*

- ○ **De capital diferido** .- La compañía de seguros se compromete a entregar la suma asegurada al vencimiento del plazo convenido en el contrato, si el asegurado vive en esa fecha. Puede ser con reembolso o sin reembolso si el asegurado fallece antes de la vigencia del seguro con reembolso opera la devolución de las primas al fallecer el Asegurado antes del vencimiento del seguro.
- ○ **De renta vitalicia inmediata** .- La compañía de seguros a cambio de una prima única, garantiza el pago inmediato de una renta a una o varias personas hasta la muerte del asegurado, en cuyo caso cesa dicho pago.
- ○ **De renta diferida** .- La compañía de seguros se compromete, al finalizar el plazo de diferimiento estipulado, a pagar al asegurado, mientras viva, una renta constante y periódica. Puede ser sin reembolso de primas si el Asegurado fallece antes de cobrar la renta o con reembolso de primas la compañía de seguros las devuelve a los beneficiarios.
- ○ **De capitalización** .- La compañía de seguros se compromete a pagar al asegurado un capital al vencimiento del contrato, a cambio de la obligación del contratante o asegurado de realizar el pago de primas periódicas a la compañía de seguros durante la vigencia del contrato.
- ○ **Seguro de Jubilación** .- Consiste en el pago de un capital o renta al asegurado hasta que alcance la edad de su jubilación, la cual puede ser vitalicia, dentro de estas existe el plan de pensiones el cual es un instrumento de previsión voluntaria por el que las personas que lo constituyen tiene derecho, en las condiciones y cuantías establecidas, a percibir rentas o capitales por jubilación, supervivencia, viudez, orfandad o invalidez, a cambio de las contribuciones económicas que se aporten a tales efectos.
- **2. Seguro en caso de Fallecimiento** .- El Beneficiario (que puede ser una o varias personas) recibirá la suma asegurada estipulada cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, ya sea por causa natural o accidental. Es una clase de seguro de vida, ya sea que se trate de un capital o de una renta, se pagará por la compañía de seguros al beneficiario (que puede ser una o varias personas), si se produce la muerte del asegurado.

Las modalidades de este seguro pueden ser:

- ○ **Seguros de vida entera** .- Se garantiza el pago de una suma asegurada inmediatamente después del fallecimiento del asegurado, sea cual fuere la fecha en que ocurra dicho fallecimiento, del cual puede tener dos modalidades:

**I.** Con pago de primas vitalicias.- El pago de las primas se mantienen hasta el fallecimiento del asegurado.

**II.** Con pago de primas limitado a un cierto número de años.- Las primas correspondientes se pagan durante un período determinado de años.

- ○ **Seguro sobre dos o más vidas** .- Es un seguro de vida entera que se caracteriza porque existen simultáneamente, dos o más personas aseguradas que son a la vez beneficiarios recíprocos y en su virtud, cuando el fallecimiento de cualquiera de ellas se produzca dentro del límite estipulado en el contrato, la compañía de seguros pagará la indemnización prevista a el sobreviviente o a los sobrevivientes, según sea el caso.
- ○ **Seguro temporal**.- Se caracteriza porque la suma asegurada es pagadera inmediatamente después de la muerte del asegurado, siempre que ocurra antes del plazo de duración del seguro, si sobrevive el seguro se cancela y la aseguradora retiene las primas y pueden ser temporal constante, decreciente, creciente, a un año renovable, renovable.
- ○ **Seguro de deudores** .- En esta modalidad, al producirse el fallecimiento del asegurado, la compañía de seguros se hace cargo automáticamente de la liquidación de los créditos previstos en la póliza, no vencidos, que adeude el Asegurado en el momento de su muerte
- ○ **De orfandad** .- Tiene por objeto la concesión de una Pensión Temporal a favor de los hijos menores de 18 años en caso de fallecimiento del padre o la madre trabajadora con el que convivan y del cual dependen económicamente.
- ○ **De capital de supervivencia** .- El capital es pagadero inmediatamente después del fallecimiento del asegurado, si ocurre antes que el de otra persona designada al contratar el seguro, denominada beneficiario o sobreviviente. Si ésta fallece antes que el asegurado, queda rescindido el seguro y las primas pagadas pueden quedar, ya sea a favor de la compañía de seguros, o bien del sobreviviente, según haya sido pactado al celebrarse el contrato de seguro, la prima anual deja de pagarse al morir el asegurado.
- ○ **3. Seguro Dotal Mixto** .- Es una modalidad especial que se integra por un seguro de riesgo y un seguro de ahorro, en virtud de la cual, si el asegurado fallece antes del plazo previsto, se entregará a sus beneficiarios la indemnización estipulada, y si sobrevive a dicho plazo se entregará al propio asegurado la suma asegurada establecida por el contrato, y tiene las siguientes modalidades:
- ○ **Mixto completo** .- Si el asegurado vive al vencimiento del plazo del seguro, participará también en utilidades de la póliza con un determinado porcentaje sobre la suma asegurada.
- ○ **Mixto simple** .- Garantiza el pago de la suma establecida, a los beneficiarios designados, al producirse el fallecimiento del asegurado, siempre que ocurra antes del vencimiento del contrato.
- ○ **Mixto doble** .- Son iguales al del seguro mixto simple, con la particularidad de que el contrato no se extingue con el pago de la suma asegurada establecida al asegurado si vive al vencimiento de la póliza.
- ○ **Mixto Revalorizable** .- La suma asegurada aumenta cada año, aunque sus características son iguales al seguro mixto.
- ○ **Mixto variable** .- En caso de sobrevivencia el asegurado va percibiendo la suma asegurada distribuida en determinados porcentajes y pagada en diferentes momentos.
- ○ **A plazo fijo** .- En esta modalidad se garantiza el pago de la suma asegurada al vencimiento de la póliza, sin importar si el asegurado vive o ya falleció.
- ○ **Dotal** .- El beneficiario será un menor de edad, sin importar si el asegurado vive o no.
- ○ **Seguro de Vida Universal** l.- Se combina el proceso de capitalización y el seguro temporal renovable, siendo un plan de ahorro”.

Nuevamente recorro a la LGISMS, en la que establece en el artículo 8°, que:

“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 consideraran 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 consideraran 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.- Para los seguros de pensiones, derivados de las leyes de seguridad social, el pago de las rentas periódicas durante la vida del asegurado o las que correspondan a sus beneficiarios de acuerdo con los contratos de seguro celebrados en los términos de la ley aplicable;*

*III.- Para el ramo de accidentes personales, los contratos de seguro que tengan como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito;*

*IV.- Para el ramo de gastos médicos, los contratos de seguro que tengan por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad;*

*V.- Para el ramo de salud, los contratos de seguro que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado;*

*VI.- Para el ramo de responsabilidad civil y riesgos profesionales, el pago de la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro;*

*VII.- para el ramo marítimo y de transportes, el pago de la indemnización por los daños y perjuicios que sufran los muebles y semovientes objeto del traslado. Pueden igualmente asegurarse los cascos de las embarcaciones y los aeroplanos, para obtener el pago de la indemnización que resulte por los daños o la pérdida de unos u otros, o por los daños o perjuicios causados a la propiedad ajena o a terceras personas con motivo de su funcionamiento. En estos casos, se podrá incluir en las pólizas regulares que se expidan el beneficio adicional de responsabilidad civil;*

*VIII.- Para el ramo de incendio, los que tengan por base la indemnización de todos los daños y pérdidas causados por incendio, explosión, fulminación o accidentes de naturaleza semejante;*

*IX.- para el ramo agrícola y de animales, el pago de indemnizaciones o resarcimiento de inversiones, por los daños o perjuicios que sufran los asegurados por pérdida parcial o total de los provechos esperados de la tierra o por muerte, pérdida o daños ocurridos a sus animales;*

*X.- Para el ramo de automóviles, el pago de la indemnización que corresponda a los daños o pérdida del automóvil y a los daños o perjuicios causados a la propiedad ajena o a terceras personas con motivo del uso del automóvil. Las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, que se dediquen a este ramo, podrán en consecuencia, incluir en las pólizas regulares que expidan, el beneficio adicional de responsabilidad civil;*

*XI.- Para el ramo de seguro de crédito, el pago de la indemnización de una parte proporcional de las pérdidas que sufra el asegurado como consecuencia de la insolvencia total o parcial de sus clientes deudores por créditos comerciales;*

*XI bis.- Para el ramo de seguro de crédito a la vivienda, el pago por incumplimiento de los deudores, de créditos a la vivienda otorgados por intermediarios financieros o por entidades dedicadas al financiamiento a la vivienda;*

*XI bis-1.- Para el ramo de seguro de garantía financiera, el pago por incumplimiento de los emisores de valores, títulos de crédito o documentos que sean objeto de oferta pública o de intermediación en mercados de valores;*

*XII.- Para el ramo de diversos, el pago de la indemnización debida por daños y perjuicios ocasionados a personas o cosas por cualquiera otra eventualidad; y*

*XIII.- Para el ramo de terremoto y otros riesgos catastróficos, los contratos de seguro que amparen daños y perjuicios ocasionados a personas o cosas como consecuencia de eventos de periodicidad y severidad no predecibles que al ocurrir, generalmente producen una acumulación de responsabilidades para las empresas de seguros por su cobertura.”*

## CAPÍTULO SEGUNDO EXTINCIÓN O RESOLUCIÓN DE LOS CONTRATOS

Es necesario, estudiar en el presente capítulo, debido a la importancia práctica y teórica que tiene con relación al tema de esta tesis las causas de extinción o rescisión de los contratos.

Se desarrollan figuras jurídicas, de las cuales se pretende crear un criterio sobre el cual se puede analizar las razones por las cuales se evade o se argumenta el no pago de una póliza de seguros.

### 2.1. Pago.

Como bien se sabe, una de las formas más frecuentes de extinguir una obligación, es mediante el pago, ya que se considera como una de las formas tradicionales para cesar los efectos jurídicos de un contrato. Pero por ser una figura jurídica de tan amplia aplicación práctica, es en la que más problemas se encuentran, debido a que no siempre se da en las condiciones legales necesarias para poder cumplir cabalmente con la finalidad del contrato.

Para poder entender el significado de pago, es necesario que se acuda a la Real Academia Española, la cual tiene como acepción de dicha palabra, la que se muestra a continuación:

*“(De pagar).*

*1. m. Entrega de un dinero o especie que se debe.*

*2. m. Satisfacción, premio o recompensa.*

*dar el ~.*

*1. loc. verb. U. para avisar a alguien que le sobrevendrá o sobrevino el daño correspondiente o que naturalmente se sigue a los vicios o imprudencias.*

*2. loc. verb. Corresponder mal al beneficio o servicio recibido.*

*en ~.*

*1. loc. adv. En satisfacción, descuento o recompensa.*

*hacer ~.*

*1. loc. verb. Cumplir, satisfacer.”*

Para poder hablar de una definición legal, se debe tomar en cuenta de manera supletoria el Código de Comercio y en términos del artículo 2 de dicho ordenamiento, a falta de disposiciones expresadas en el código citado y en las demás leyes mercantiles, serán aplicables a los actos de comercio las del derecho común contenidas en el Código Civil Federal, el cual va a dar la definición, tipos y formas de pago en los artículos que se estudiarán y transcribirán a continuación:

#### **Definición legal:**

*“ARTICULO 2,062.- Pago o cumplimiento es la entrega de la cosa o cantidad debida, o la prestación del servicio que se hubiere prometido”.*

#### **El pago o cumplimiento en la prestación de un servicio puede ser por un tercero, salvo pacto en contrario:**

*“ARTICULO 2,064.- La obligación de prestar algún servicio se puede cumplir por un tercero, salvo el caso en que se hubiere establecido, por pacto expreso, que la cumpla personalmente el mismo obligado, o cuando se hubieren elegido sus conocimientos especiales o sus cualidades personales.”*

#### **Personas que pueden realizar el pago:**

*“ARTICULO 2,065.- El pago puede ser hecho por el mismo deudor, por sus representantes o por cualquiera otra persona que tenga interés jurídico en el cumplimiento de la obligación.”*

#### **Pago realizado por un tercero no interesado:**

*“ARTICULO 2,066.- Puede también hacerse por un tercero no interesado en el cumplimiento de la obligación, que obre con consentimiento expreso o presunto del deudor.”*

#### **Pago hecho por un tercero ignorándolo el deudor:**

*“ARTICULO 2,067.- Puede hacerse igualmente por un tercero ignorándolo el deudor.”*

### **El pago puede realizarse contra la voluntad del deudor:**

*“ARTICULO 2,068.- Puede, por último, hacerse contra la voluntad del deudor.”*

### **Derecho del tercero que hizo el pago ignorándolo el deudor:**

*“ARTICULO 2,070.- En el caso del artículo 2,067, el que hizo el pago sólo tendrá derecho de reclamar al deudor la cantidad que hubiere pagado al acreedor, si éste consintió en recibir menor suma que la debida.”*

### **Derecho del tercero que hizo el pago contra la voluntad del deudor:**

*“ARTICULO 2,071.- En el caso del artículo 2,068, el que hizo el pago solamente tendrá derecho a cobrar del deudor aquello en que le hubiere sido útil el pago.”*

### **El acreedor está obligado a aceptar el pago hecho por un tercero, pero no a subrogarle sus derechos, salvo...:**

*“ARTICULO 2,072.- 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 2,058 y 2,059.”*

### **El pago debe hacerse al acreedor o a su representante legítimo:**

*“ARTICULO 2,073.- El pago debe hacerse al mismo acreedor o a su representante legítimo.”*

### **Casos en que el pago a un tercero extingue obligaciones:**

*“ARTICULO 2,074.- El pago hecho a un tercero extinguirá la obligación, si así se hubiere estipulado o consentido por el acreedor, y en los casos en que la ley lo determine expresamente.”*

Remitiéndome a la doctrina, en la rama civil, encuentro que diversos tratadistas como lo son Planiol y Ripert, explican la figura del pago de la siguiente manera:

*“El pago es el modo normal de extinción de las obligaciones, ya que consiste en el hecho de cumplir la prestación prometida, sea cual fuere, entrega de una suma de dinero, entrega de un objeto, realización de un trabajo, etc. Todo pago supone una deuda (art.1235), sin lo cual pierde su razón de ser y no puede valer como tal. Lo que haya sido pagado por error, sin ser debido, está sujeto a repetición, salvo que se trate de una obligación natural voluntariamente cumplida. Podemos agregar que el hecho del pago permite presumir la existencia de la deuda, de suerte que el solvens que quiera repetir lo que ha pagado es el que ha de probar que nada debía.”*

El deudor debe entregar el objeto mismo de la obligación. De ahí se derivan varias reglas. El acreedor no puede ser obligado a recibir una cosa que sea distinta a la que se le debe, aun cuando se trate de una cosa que si valor sea igual o superior, salvo que otorgue su consentimiento el acreedor para dicho efecto. Cuando la obligación tiene como objeto un cuerpo cierto, el deudor ha de entregar ese objeto, en el estado en que se encuentre aunque haya sufrido un deterioro por caso fortuito después del nacimiento de la obligación. Cuando el deudor esta sujeto a una deuda de género, tendrá que entregar cosas del género convenido y de condiciones medias; no podrá entregarlas de las mejores ni de las peores.

Para el doctor Ernesto Gutiérrez y González:

*“...para los efectos legales se deben tomar como términos sinónimos, los vocablos ‘cumplimiento’ y ‘pago’, pues de esa manera se tiene la noción jurídica exacta de lo que es éste; normalmente y en un medio vulgar, se entiende por él, la entrega de una suma de dinero, y si bien es cierto que en lo jurídico esa es una forma del pago, lo es también que resulta equivocado identificarlo siempre con la entrega de una suma de dinero. Toda entrega de una suma de dinero para cubrir una obligación que tiene por objeto entregar ese bien, es pago: pero no todo pago consiste en entregar una suma de dinero. La obligación se paga cumpliéndola, y por lo mismo si el objeto de la obligación consiste en dar una cosa, se pagará dando la cosa; si es el objeto de una prestación de hacer, se paga haciendo, y por último, si el objeto es de no hacer, se cumple no haciendo”.*

El diccionario jurídico mexicano, define al pago como: *“Pago es sinónimo de cumplimiento de las obligaciones. Al efecto, entendemos por cumplimiento de una obligación, la realización de la prestación a que estaba obligado el deudor, frente al acreedor”.*

Para el tratadista Luis Díez-Picazo, considera que al mencionar el Código Civil español, la expresión pago y la idea de cumplimiento debe considerarse como sinónimos, aunque al hablar de pago debe ser cuando se trate de deudas pecuniarias, a su vez el pago se considera como todo aquel acto de cumplimiento.

Tomando en cuenta el criterio anterior, se anota la definición que el mencionado tratadista da del cumplimiento:

*“El cumplimiento es, en un sentido general, todo acto de exacta ejecución de una prestación debida en virtud de una relación obligatoria. Es, por ello, acto de realización del deber jurídica <deuda> que sobre el deudor pesa; es, asimismo, la manera normal que el deudor tiene de liberarse de la obligación <solutio>; y es, finalmente la manera de satisfacer el derecho y el interés del acreedor”.*

Para el autor, Jorge Mario Magallón Ibarra, la palabra pago es entendida de la siguiente forma:

*“La ‘solutio’ <entendida como ‘pago’, es la solución o ‘disolución’, ‘disolvimiento’ del vínculo>. Así como hemos opuesto el ‘contrahere obligationem’ al ‘tollere obligationem’, también se puede oponer ‘credere’ que es simétricamente lo opuesto a ‘solvere’; por uno ‘nace’ la obligación así, en una datio: credere pecuniam (o rem); por el otro se cumple. En un principio, cuando imperan los actos solemnes <así el nexum, o la misma stipulatio), el mero pago no basta; son necesarios otros actos. Parece luego tener sentido de ‘pagar’, vinculado a un dare certum, es decir, una ‘cosa cierta y determinada’, o en general ‘cantidades’. Pero finalmente la ‘solutio’ es directamente el ‘cumplimiento de la prestación’ que hace a la obligación”.*

Para el doctrinario Julien Bonnecase, expone que todo pago presupone una deuda, lo que se ha pagado sin ser debido está sujeto a repetición. Esta no procederá respecto de las obligaciones naturales que se han cumplido de manera voluntaria. Señala que debe ser pagada toda aquella cosa que haya sido prometida, a su vez, que el pago lo puede hacer el deudor, así como las personas interesadas, o bien, por personas que no estén interesadas en ello.

Para el tratadista Ignacio Galindo Garfías, se entiende como el concepto de pago *“la ejecución a satisfacción del acreedor de la prestación o las prestaciones que forman el contenido de la obligación que es a cargo del deudor. En otro sentido, el pago implica la satisfacción de los derechos del acreedor”.*

De igual manera expresa que el pago consiste en la ejecución por el deudor de los actos necesarios para satisfacer por una parte los derechos del acreedor y para liberar a aquél de la prestación, es por ello, que la naturaleza de los actos que se deban de realizar hacia el acreedor, resultan de carácter ejecutivo, mientras que la obligación como relación jurídica, resulta ser de una naturaleza declarativa o preceptiva, de ésta deriva el derecho a obtener la ejecución de la prestación y a su vez el deber de ejecutarla; deber impuesto al deudor que consiste en conducta de dar, hacer o bien, de no hacer, de lo cual se caracteriza la obligación misma y posteriormente al pago de la deuda contraída. El pago o cumplimiento constituye la finalidad y a su vez la razón de ser del vínculo obligatorio, mientras que el pago o el cumplimiento, la ejecución de las prestaciones a cargo del deudor, tiene la finalidad extintiva de la relación jurídica. En resumen, la obligación resulta enunciativa, mientras que el pago es ejecutivo. ñ ódskjfhdkfhdkh

Refiere que como acto jurídico requiere reunir ciertos requisitos de existencia y validez, los cuales en particular son que deber ser hechos por personas que gocen de la capacidad y que la prestación materia del pago debe ser posible y lícita. Por otro lado el pago tiene la característica de indivisibilidad, es decir, de acuerdo a la ley, el pago sólo podrá hacerse de manera total, salvo pacto en contrario.

Ya habiendo explicado la figura del pago desde el punto de vista civil, procederé a estudiar dicha figura en la rama de los seguros, encontrando que el doctrinario Halperin, habla de la obligación de pagar la prima, entendiendo por prima como el precio del seguro, la remuneración del asegurador por las obligaciones que asume; esto es, la contraprestación del asegurado. Expone que se encuentra en rigurosa correlación con el riesgo, dicha correlación aparece en toda su importancia al momento del siniestro. Aduce de que trata de una obligación principal del asegurado y elemento esencial del contrato que: *“...generalmente se paga íntegramente por adelantado, cuya inejecución, aunque insignificante, provoca la pérdida de todo derecho y su pago es exigible judicialmente, excepto en el seguro sobre la vida...”.*

En ese orden de ideas, explica que no forzosamente se debe pagar en dinero; puede ser en cualquier obligación de dar, incluso son admisibles todas las formas de pago, como la compensación, que debe operarse antes de que se produzca la mora, para valer como pago hábil u oportuno, esto es, para mantener vigente la garantía sin variación.

Así como el deudor de la prima es el tomador del seguro o el tercero que se obligó a pagarla. Si se contrata por mandatario, lo será el mandante; y si lo fuera por gestión de negocios conocida por el asegurador, el dominus al día en que la ratifique. Si el contrato es por cuenta ajena, responde el tomador, aunque el asegurado o beneficiario soportará las secuencias de la mora; y el asegurador puede reclamar el pago del asegurado en el supuesto de insolvencia del tomador. Si media transferencia del interés

asegurado, el vendedor es responsable hasta el momento en que notifique la enajenación al asegurador, si éste no opta por rescindir; si rescinde, hasta el momento de la rescisión. El cesionario del interés, el acreedor prendario, el acreedor ejecutante del derecho del asegurado, el corredor, el asegurado en el seguro de la persona de un tercero, el asegurado en el seguro por cuenta ajena, el beneficiario en el seguro de personas, no están obligados al pago. El pago debe hacerse al asegurador o persona autorizada.

También puede existir un pago diferente al de la prima, como es un pago directo que es “*el pago que realiza directamente la aseguradora al prestador de servicios por la atención médica o quirúrgica de enfermedades o accidentes cubiertos por el contrato de seguro*”, tratándose del seguro de gastos médicos.

Sobre este tema, existen las tesis que se transcriben a continuación:

“**Registro No. 178305**

**Localización:**

*Novena Época*

*Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito*

*Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*

*XXI, Mayo de 2005*

*Página: 1548*

*Tesis: I.4o.C.90 C*

*Tesis Aislada*

*Materia(s): Civil*

**SEGUROS. SI EL INTERMEDIARIO DE UNA INSTITUCIÓN DE SEGUROS OMITE EFECTUAR LOS ACTOS NECESARIOS PARA APLICAR LOS CARGOS CORRESPONDIENTES QUE CUBRAN EL PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO, TAL OMISIÓN REDUNDA EN PERJUICIO DE LA ASEGURADORA.**

*Si el pago de la prima del seguro se haría a través de un intermediario mediante la aplicación de cargos a una tarjeta de crédito o a una cuenta bancaria, la obligación del deudor se limita a mantener los fondos o el crédito suficiente para efectuar los descuentos respectivos. Si el intermediario injustificadamente omite hacer los cargos a favor de la institución de seguros, teniendo autorización para ello, esa omisión redunda en su perjuicio y de la aseguradora, aun cuando no sea atribuible directamente a ésta, toda vez que la responsabilidad de la intermediaria no la libera en forma alguna de las obligaciones que contrajo derivadas del contrato de seguro.*

**CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.**

*Amparo directo 7584/2004. Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa. 30 de septiembre de 2004. Unanimidad de votos.*

*Ponente: Gilda Rincón Orta. Secretaria: Gloria Esther Sánchez Quintos.”*

“**Registro No. 204139**

**Localización:**

*Novena Época*

*Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito*

*Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*

*II, Octubre de 1995*

*Página: 632*

*Tesis: I.1o.A.9 A*

*Tesis Aislada*

*Materia(s): Administrativa*

**SEGUROS. CONTRATO DE, EFECTOS DEL PAGO DE LA PRIMA EFECTUADO EXTEMPORANEAMENTE Y SU ACEPTACION INCONDICIONAL.**

*El artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro dispone que: "si no hubiere sido pagada la prima o la fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo"; ahora bien, debe entenderse por "los efectos del contrato cesarán", a la suspensión o interrupción de los derechos y obligaciones derivados de él, durante el lapso comprendido desde el día siguiente al en que feneció el plazo, hasta el día en que se realice el pago, de tal suerte, que si la aseguradora aceptó incondicionalmente el pago de la prima del seguro contratado en forma extemporánea, la relación contractual no se extingue, ni los efectos jurídicos que ella produce, pues sólo se suspenden durante el período de incumplimiento por parte del asegurado, ya que la recepción del pago de la prima, fuera del plazo legal, sin condición alguna, tiene como consecuencia la reanudación de los efectos jurídicos del contrato de seguro, por la concurrencia de la voluntad de ambas partes en la subsistencia y vigencia de los derechos y obligaciones pactados y no en su resolución o extinción, porque para esto último se requeriría el rechazo inmediato de la recepción del pago extemporáneo de la prima, o pago parcial pactado.*

**PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO.**

*Amparo en revisión 961/95. Seguros América, S.A. 15 de mayo de 1995. Unanimidad de votos. Ponente: Julio Humberto*

Hernández Fonseca. Secretario: Víctor Miguel Bravo Melgoza.”

“**Registro No. 175978**

**Localización:** Novena Época

**Instancia:** Tribunales Colegiados de Circuito

**Fuente:** Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XXIII, Febrero de 2006

**Página:** 1795

**Tesis:** I.3o.C.531 C

**Tesis Aislada**

**Materia(s):** Civil

**DAÑO MORAL. EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR ESE CONCEPTO QUEDA COMPRENDIDO EN EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD.**

*La Ley sobre el Contrato de Seguro contempla el seguro de responsabilidad, por virtud del cual la empresa de seguros se obliga hasta el límite de la cantidad asegurada y el derecho a la indemnización corresponde al tercero dañado, de acuerdo con los artículos [145 y 146](#) de esa legislación. Los anteriores preceptos se encuentran inscritos en el sistema actual del seguro de responsabilidad civil que genera la obligación de pagar, desde luego, hasta el límite contratado, la indemnización -compensación, en el caso del daño moral- que resulte a cargo de su asegurado por la comisión de un hecho generador de un daño, sin que se advierta exclusión del daño moral ya que éste se encuentra inmerso en la regulación vigente de la responsabilidad civil que prevé no sólo el daño patrimonial sino también el inmaterial o moral.*

**TERCER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.**

*Amparo directo 551/2005. Jorge Luis Almaral Mendivil. 20 de octubre de 2005. Unanimidad de votos. Ponente: Neófito López Ramos. Secretario: Raúl Alfaro Telpalo.”*

“**Registro No. 177804**

**Localización:**

Novena Época

**Instancia:** Tribunales Colegiados de Circuito

**Fuente:** Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XXII, Julio de 2005

**Página:** 1532

**Tesis:** I.4o.C.75 C

**Tesis Aislada**

**Materia(s):** Civil

**SEGURO DE AUTOMÓVIL. TANTO LA CONTRATANTE COMO LA ASEGURADA SEÑALADA COMO PREFERENTE TIENEN LEGITIMACIÓN PARA EXIGIR EL PAGO POR LOS DAÑOS CAUSADOS AL BIEN ASEGURADO.**

*El que la contratante del seguro no aparezca como beneficiaria no significa que no tenga legitimación para exigir el pago a la aseguradora por los daños causados al bien objeto del contrato, pues al ser una de las dos personas que contrató con la aseguradora, se constituye en asegurada, de manera que si el objeto del seguro fue proteger al asegurado y al vehículo descrito en la póliza, es evidente que la empresa aseguradora tiene que responder no sólo frente a la asegurada designada como beneficiaria preferente, sino también frente a la que aun cuando no fue designada con tal carácter, está asegurada por la demandada. Al respecto es importante destacar qué debe entenderse por preferencia proveniente del latín praefere[n]-entis, participio activo de praeferre, preferir; se encuentra definido como la "primacía, ventaja o mayoría que una persona o cosa tiene sobre otra; elección de una cosa o persona entre varias; inclinación favorable o predilección hacia ella" (Diccionario Enciclopédico Ilustrado Océano Uno, Grupo Editorial Océano); también como "la primacía que se otorga a una persona por disposición de la ley, por declaración unilateral de voluntad o por acuerdo de voluntades, para hacer efectivos ciertos derechos o con el fin de su elegibilidad para ser titular de un derecho en relación con otras personas que pudieran tener expectativas sobre ese mismo derecho" (Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa). Al traer el concepto de preferencia a la materia de seguros, se tiene que la aseguradora se encuentra obligada a responder al asegurado del daño causado al bien objeto del contrato, y para el caso de tratarse de varios asegurados debe, en primer lugar, responder al asegurado señalado como preferente, y si éste pese a tener conocimiento del siniestro, no muestra interés en el reclamo, debe responder ante los demás asegurados, en el orden propuesto, si es que así se fijó para ellos; sin que sea dable jurídicamente estimar que la preferencia lleva consigo una exclusividad, que no haga factible que otro asegurado por sí haga efectivo el seguro, aun ante el desinterés de quien aparece como beneficiario preferente, pues la empresa de seguros se encuentra obligada frente a todos los asegurados, no sólo frente al beneficiario preferente.*

**CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.**

*Amparo directo 13184/2004. María Guadalupe García Reyes. 21 de octubre de 2004. Unanimidad de votos. Ponente: Marco Antonio Rodríguez Barajas. Secretaria: Leticia Araceli López Espíndola.”*

“**Registro No. 181585**

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XIX, Mayo de 2004

Página: 1760

Tesis: I.3o.C.459 C

Tesis Aislada

Materia(s): Civil

**CONTRATO DE SEGURO. EL PAGO DE LA PRIMA NO ES UN ELEMENTO DE LA ACCIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR EL RIESGO PRODUCIDO, Y DEBE Oponerse como excepción para que proceda su estudio en APELACIÓN.**

*El incumplimiento de pago de la prima por parte del asegurado es un aspecto que tiende a destruir la acción de indemnización por el riesgo producido, de modo que corresponde a la demandada hacerlo valer como excepción para que pueda examinarse en la sentencia de primer grado y en la apelación, pues de lo contrario el actor no tendría oportunidad de preparar su defensa; de esa manera, en acatamiento al principio de congruencia que establece el artículo [1327 del Código de Comercio](#), para que la Sala analice la procedencia o improcedencia de la acción bajo los aspectos de que la actora debió acreditar que cumplió con lo dispuesto en el artículo [40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro](#), relativo al pago de las primas, era necesario que la opusiera como excepción para que la actora hubiera tenido oportunidad de alegar lo conducente y ofrecer las pruebas relativas.*

**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.”

“**Registro No. 182440**

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XIX, Enero de 2004

Página: 1490

Tesis: I.6o.C.297 C

Tesis Aislada

Materia(s): Civil

**CONTRATO DE SEGURO. AL EJERCITARSE LA ACCIÓN DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE, NO ES INDISPENSABLE EXHIBIR LA FACTURA DEL BIEN ASEGURADO.**

*Del texto del artículo [1o. de la Ley sobre el Contrato de Seguro](#) se infiere que los elementos de la acción de pago son: la existencia de un contrato de seguro, el pago de una prima y la realización del siniestro, entendido éste como el daño o accidente que sufran los bienes o afectación a las personas aseguradas por el evento señalado como riesgo en la póliza de seguro, sin que de tal precepto se infiera que al momento de ejercitarse la acción de pago de la indemnización correspondiente, se tenga que exhibir la factura del bien asegurado, toda vez que para que el contrato exista no es indispensable que el bien se encuentre a nombre del beneficiario sino, solamente, que se cumplan los requisitos del artículo [20](#) de dicha ley, que son los que permiten conocer cuál fue la verdadera voluntad de las partes, por lo que desde que los mismos quedan satisfechos, el contrato obliga a aquéllas, de acuerdo con lo señalado por el artículo [1796 del Código Civil para el Distrito Federal](#), aplicado supletoriamente a la Ley sobre el Contrato de Seguro, en el sentido de que los contratos se perfeccionan por el mero consentimiento de quienes en ellos intervienen a excepción de aquellos que deben revestir una forma especial establecida por la ley además, de que por tratarse de un contrato que genera derechos y obligaciones para los contratantes, de conformidad con lo establecido por el artículo [1949 del Código Civil](#) en comento, 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. ...", al reclamarse de la aseguradora el pago del monto de la garantía, el beneficiario únicamente se encuentra obligado a acreditar que cumplió con la obligación a su cargo, es decir, que pagó el importe estipulado de la prima. Además, si bien es verdad que la formación e integración del contrato requiere para su validez de la buena fe de las partes, principalmente del asegurado cuyas declaraciones son la base de la contratación, también lo es que al momento de expedir la póliza, la aseguradora debe revisar los documentos referentes a la propiedad del bien asegurado, es decir, previamente a la celebración del contrato y no después de ocurrido el siniestro. De modo que si extiende la póliza y recibe el pago de la prima, debe concluirse que el contrato quedó perfeccionado, y si la aseguradora por negligencia no revisó, en su oportunidad, los documentos que dieron origen a la relación contractual, o sea, antes de expedir la póliza y recibir el pago de la prima y, además, no dio por rescindido el contrato dentro de los quince días a que se refiere el artículo [48](#) de la ley de la materia, tal omisión le es imputable a ella, y no puede atribuírsele al asegurado, máxime que los documentos e información a que aluden los artículos [69 y 71](#) de la propia ley, se refieren a hechos relacionados con el siniestro y no con la propiedad del bien asegurado.*

**SEXTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.**

Amparo directo 3096/2003. Allianz México, S.A., Compañía de Seguros. 26 de junio de 2003. Unanimidad de votos. Ponente: Gilberto Chávez Priego. Secretario: Miguel Hernández Sánchez.”

“**Registro No. 189148**

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XIV, Agosto de 2001

Página: 1308

Tesis: I.3o.C.242 C

Tesis Aislada

Materia(s): Civil

**CONTRATO DE SEGURO. AUNQUE LOS DATOS DE LA FACTURA DE UN VEHÍCULO NO COINCIDAN PLENAMENTE CON LOS DE LA PÓLIZA DE SEGURO, ELLO NO EXIME A LA ASEGURADORA DEL PAGO.**

De acuerdo a los artículos [1o.](#) y [59 de la Ley sobre el Contrato de Seguro](#) éste nace del acuerdo de voluntades celebrado entre la aseguradora y el asegurado e impone obligaciones y derechos recíprocos para ambas partes, consistentes, para la primera, en la obligación de resarcir el daño o pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, así como responder de todos los acontecimientos que presenten el carácter de riesgo, cuyas consecuencias se hayan asegurado; y de la segunda, en cubrir una cantidad de dinero denominada prima. Ahora bien, cuando en una factura los datos relativos al vehículo a que se refiere no coincidan plenamente con los datos de la póliza de seguro, ello no exime a la aseguradora de la obligación de pagar la indemnización del vehículo, porque la póliza de seguro es la que lo legitima. Luego, la obligación de pago a cargo de la aseguradora se actualiza cuando se produce el hecho previsto en el contrato, con independencia del procedimiento que la propia aseguradora haya establecido para dar cumplimiento voluntario a esa obligación y de los documentos que con ese fin haya exigido al asegurado para la formalización de su reclamación ante ella. De ahí que si la realización del siniestro se comprobó con la copia de una averiguación previa, es inconcuso que la enjuiciada está obligada a pagar la indemnización reclamada; máxime que los datos del vehículo a que se refieren esas actuaciones coinciden plenamente con los datos de la póliza de seguro básica y con el aviso del siniestro.

TERCER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 1323/2000. Seguros Comercial América, S.A. de C.V. 27 de octubre de 2000. Unanimidad de votos. Ponente: José Atanacio Alpuche Marrufo. Secretario: Francisco Javier Guillén Alarcón.”

“**Registro No. 195714**

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

VIII, Agosto de 1998

Página: 842

Tesis: I.7o.A.7 A

Tesis Aislada

Materia(s): Administrativa

**CONTRATO DE SEGURO. CUMPLIMIENTO, LIBERACIÓN DE PAGO DE LA PRIMA MEDIANTE CHEQUE.**

Si el asegurado pagó la prima correspondiente mediante "cheque" y demuestra que tuvo fondos suficientes dentro del plazo legal llamado "término conminatorio de presentación", que marca el artículo [181 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito](#), la presentación posterior a dicho plazo del cheque por la aseguradora, el que resultó devuelto por falta de fondos, no presume la intención del asegurado de no pagar, pues el librador en cuestión no estaba jurídicamente obligado a mantener indefinidamente la provisión, si el beneficiario no lo presentó a tiempo para su cobro, por lo que el librador podía revocar su cheque u oponerse al pago, de conformidad al artículo [185 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito](#); dado que el plazo de quince días, obedece al propósito de que el tenedor de un cheque, no lo deje por un plazo largo pendiente de su cobro, y constituya una carga que produzca la consecuencia de que por no presentarlo en el plazo previsto, pierda por caducidad las acciones de regreso, contra los endosatarios o avalistas. Asimismo, si se demuestra en juicio que la compañía aseguradora expidió y entregó al asegurado la póliza y que éste a su vez efectuó el pago de la prima contando con el recibo de pago correspondiente, no obsta que haya hecho aquel pago a través de un título valor, porque se entiende perfeccionado el contrato de seguro en los términos de los artículos [21 y 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro](#) y, por lo tanto, en caso de ocurrir el siniestro, surte todos los efectos legales, independientemente de que por otra vía, la compañía aseguradora pueda intentar el cobro del título entregado en pago de la prima.

SÉPTIMO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo en revisión 1287/98. Carlos Smeke Romano. 14 de mayo de 1998. Mayoría de votos. Disidente: F. Javier Mijangos Navarro. Ponente: María Simona Ramos Ruvalcaba. Secretario: José Alfredo Gutiérrez Barba”

**“Registro No. 201527**

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

IV, Septiembre de 1996

Página: 722

Tesis: I.4o.A.150 A

Tesis Aislada

Materia(s): Administrativa

**SEGURO DE VIDA. LA NEGATIVA DE PAGO DE ALGUN BENEFICIO CONTRATADO EN UN, DEBE ACREDITARSE FEHACIENTEMENTE, DE LO CONTRARIO LA ASEGURADORA DEBE CUBRIR EL TOTAL DE LAS SUMAS CONTRATADAS.**

*Si la compañía de seguros alude a un convenio por el que aduce que se modificaron los términos del contrato, se requiere tener a la vista el documento de cuyo contenido se advierta la relación de hechos y acuerdos a través de los cuales se conozcan los motivos de la negativa a cubrir un beneficio pactado, resultando inconducente que la aseguradora pretenda demostrar que quedó eximida de alguna responsabilidad prevista en el contrato de seguro con un recibo finiquito en el que no se insertaron más datos que los relativos al pago de una de las cantidades previstas en el contrato por lo que la compañía deberá cubrir a los beneficiarios las restantes cantidades que contrató el asegurado.*

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo en revisión 994/96. Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa antes Seguros de México, S.A. Grupo Financiero Inbursa. 22 de mayo de 1996. Unanimidad de votos. Ponente: Hilario Bárcenas Chávez. Secretario: Emilio Hassey Domínguez”

**“Registro No. 201801**

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

IV, Agosto de 1996

Página: 732

Tesis: I.4o.A.133 A

Tesis Aislada

Materia(s): Administrativa

**SEGURO DE VIDA. CORRESPONDE A LA ASEGURADORA PROBAR QUE EL ASEGURADO PARTICIPO COMO SUJETO ACTIVO DEL HOMICIDIO PERPETRADO EN SU CONTRA, PARA APLICAR POR TAL MOTIVO LA CLAUSULA QUE EXCLUYE EL PAGO DEL.**

*En el caso en que una aseguradora obligada al pago de las prestaciones económicas derivadas de una póliza de seguro de vida, se niegue a efectuar dicho pago alegando que debe aplicarse la cláusula de exclusión en la que se estipula que queda eximida de tal obligación cuando el asegurado fallece por homicidio intencional, es necesario que la aseguradora pruebe que el asegurado participó activamente en el hecho delictuoso que originó su muerte por medio del homicidio no obstante que se aprecie que el homicida sí tenía la intención de privarlo de la vida en tanto que, no es la voluntad del victimario la que establece la operancia de la cláusula, sino la del asegurado; por lo que si no se demuestra que éste haya colaborado activamente para perder la vida por medio del homicidio intencional, la aseguradora deberá pagar las prestaciones económicas pactadas en la póliza del seguro de vida.*

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo en revisión 3504/95. Seguros Comercial América, S.A. 28 de febrero de 1996. Unanimidad de votos. Ponente: Jaime C. Ramos Carreón. Secretario: Enrique Ramos Bustillos.”

**“Registro No. 204451**

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

II, Agosto de 1995

Página: 488

Tesis: I.1o.C.3 C

Tesis Aislada

Materia(s): Civil

**CONTRATO DE SEGURO. PERIODO A QUE SE LIMITA LA HIPOTESIS DE QUE LA FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NO RELEVA A LA ASEGURADORA DE CUMPLIR CON EL.**

El artículo [1949 del Código Civil](#) dispone que la facultad de resolver las obligaciones se entiende implícita en las recíprocas, para el caso de que uno de los obligados no cumpliera con lo que le incumbe; pero tratándose del contrato de seguro, este principio tiene la excepción que se desprende del artículo [35 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro](#), en el sentido de que la empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo a pesar de que la prima no fuere pagada. Mas el alcance de esta excepción no es absoluto, sino limitado a los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, de acuerdo con lo que dispone el artículo [40](#) de la misma ley, por lo que, transcurrido ese período sin que el asegurado pague la prima, no resultaría lógico ni jurídico suponer que pueda después exigir el importe de la garantía contratada, porque para entonces no sólo habrá cesado su derecho, sino también los efectos del contrato.

**PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.**

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.”

“Registro No. 204452

Localización:

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

II, Agosto de 1995

Página: 489

Tesis: I.Io.C.2 C

Tesis Aislada

Materia(s): Civil

**CONTRATO DE SEGURO. SU EXISTENCIA NO ESTA 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 cumpliera 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.

**PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.**

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.”

## 2.2. Rescisión del contrato.

La rescisión del contrato de seguro, es una forma de dar por terminado el contrato de manera unilateral, debido a que ha existido un incumplimiento de alguna de las partes, dicho incumplimiento es suficiente para resolver un contrato y en ocasiones en el contrato de seguro, sin la necesidad de que exista una resolución judicial que lo determine. Esto es, alguna de las partes a incurrido en un hacer o no hacer, que pone en peligro la esencia de la existencia del contrato por lo que la otra u otras partes contratas deciden que es mejor dejar sin efectos el contrato celebrado.

Rescisión que proviene del latín *rescissio*, dentro de nuestra Ley Sobre el Contrato de Seguro, se regula dicha figura, en los siguientes artículos:

### **Obligación del asegurante de declarar todos los hechos relacionados con el riesgo:**

“ARTICULO 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.”

### **Contrato celebrado por el representante del asegurado debe declarar todos los hechos relacionados con el riesgo:**

“ARTICULO 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.”*

**Seguro por cuenta de otro, el proponente debe declarar todos los hechos relacionados con el riesgo:**

*“ARTICULO 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.”*

**Rescisión por omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8°, 9° y 10° :**

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

**Notificación de la rescisión del contrato:**

*“ARTICULO 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.”*

**Casos en que no se puede rescindir el contrato por omisión o inexacta declaración:**

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

*I.- Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;*

*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.”*

**Derecho a la prima en caso de rescisión:**

*“ARTICULO 51.- En caso de rescisión unilateral del contrato por las causas a que se refiere el artículo 47 de esta ley, la empresa aseguradora conservará su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión; pero si ésta tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para la empresa, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.*

*Si la prima se hubiere pagado anticipadamente por varios períodos del seguro, la empresa restituirá las tres cuartas partes de las primas correspondientes a los períodos futuros del seguro.”*

**Rescisión por agravación del riesgo:**

*“ARTICULO 56.- Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que comunique su resolución al asegurado.”*

**Rescisión por agravación de las circunstancias esenciales:**

*“ARTICULO 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.”*

**Notificación de la rescisión en caso del cambio de circunstancias (agravación esencial del riesgo):**

*“ARTICULO 64.- En el caso del artículo anterior, la empresa aseguradora deberá notificar la rescisión dentro de quince días contados desde la fecha en que conozca el cambio de las circunstancias.”*

**Rescisión por daño parcial en caso que se reclame una indemnización:**

*“ARTICULO 96.- En caso de daño parcial por el cual se reclame una indemnización, la empresa aseguradora y el asegurado, tendrán derecho para rescindir el contrato a más tardar en el momento del pago de la indemnización, aplicándose entonces las siguientes reglas:*

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

II.- Si el asegurado ejercita ese derecho, la empresa podrá exigir la prima por el período del seguro en curso. Cuando la prima haya sido cubierta anticipadamente por varios períodos del seguro, la empresa reembolsará el monto que corresponda a los períodos futuros.”

#### **Liberación de las obligaciones de la aseguradora en caso de rescisión por daño parcial:**

“ARTICULO 97.- En el caso del artículo anterior, si no se rescinde el contrato, la empresa no quedará obligada en lo sucesivo sino por el resto de la suma asegurada.”

#### **Rescisión por existencia de seguros anteriores a la celebración del contrato:**

“ARTICULO 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.”

#### **Rescisión por cambio de dueño:**

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

#### **Rescisión por la existencia de gravámenes indicados en la póliza:**

“ARTICULO 110.- Si los gravámenes aparecen indicados en la póliza o se han puesto por escrito en conocimiento de la empresa, los acreedores privilegiados, hipotecarios o prendarios, tendrán derecho a que la empresa les comunique cualquier resolución que tenga por objeto rescindir, revocar o nulificar el contrato, a fin de que, en su caso, puedan subrogarse en los derechos del asegurado.”

#### **Rescisión del contrato después de ocurrido el siniestro:**

“ARTICULO 127.- Después del siniestro, cualquiera de las partes podrá rescindir el contrato con previo aviso de un mes; pero en caso de que la rescisión provenga del asegurado, la empresa tendrá derecho a la prima por el período en curso.”

#### **Supuesto en que no se rescinde el contrato de seguro de ganado por daño parcial:**

“ARTICULO 137.- No podrá rescindirse el contrato de seguro a causa de la muerte o enfermedad de un solo animal del ganado asegurado.”

#### **Rescisión por inexactitud de la edad del asegurado:**

“ARTICULO 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.”

#### **Seguro popular:**

“ARTICULO 190.- En el seguro popular la empresa se obliga por la muerte o la duración de la vida del asegurado, mediante el pago de primas periódicas, sin necesidad de examen médico obligatorio. El capital asegurado no excederá de \$ 5,000.00 en capital o del equivalente en renta.”

#### **Seguro de grupo o empresarial:**

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

## **Rescisión por falta de pago de la prima en el seguro popular y en el seguro de grupo o empresarial:**

*“ARTICULO 192.- En los casos a que se refieren los dos artículos anteriores, el asegurado tendrá la obligación de pagar las primas correspondientes al primer año; y se podrá pactar la suspensión de los efectos del seguro o la rescisión de pleno derecho para el caso en que no se haga oportunamente el pago de las primas.”*

Nuevamente acudo al diccionario de la Real Academia Española, la cual proporciona como definición de rescisión, la siguiente:

*“(Del lat. rescindĕre; de re y scindĕre, rasgar).  
I. tr. Dejar sin efecto un contrato, una obligación, etc.”*

El profesor Gutiérrez y González, expone: *“La rescisión es un acto jurídico unilateral, por el cual se le pone fin, salvo que la ley lo prohíba, de pleno derecho ‘ipso jure’ –sin necesidad de declaración judicial- a otro acto, bilateral, plenamente válido, por incumplimiento culpable, en éste, atribuible a una de las partes.”*

Sobre este tema el diccionario jurídico mexicano, señala que:

*“...privación de efectos de un negocio jurídico por sí mismo válido para lo futuro, por medio de una declaración de la voluntad...”, “...la causa que da lugar a la rescisión se encuentra fuera del acto y de la idoneidad de la persona para celebrarlo, se pronuncia en razón del daño patrimonial que en ciertos y determinados actos, el acto jurídico produce en perjuicio de una de las partes que se encuentra en desventaja frente a la otra. Además, la rescisión en principio sólo debe privar al acto de los efectos que producirá en lo futuro.”*

En materia de seguros, Halperin explica que respecto a lo relacionado con los efectos de la rescisión son para el futuro. De ahí que el asegurador responda por las consecuencias del siniestro cuando no se aplique la suspensión de la garantía, cuando se trata de la agravación ajena al asegurado, o el asegurador previó en el contrato la agravación y asumió el nuevo estado de riesgo con aumento de prima, por citar un ejemplo.

El derecho a rescindir se extingue por renuncia expresa o tácita. Habrá renuncia tácita toda vez que deja de transcurrir el plazo legal para rescindir y antes cuando ejecuta el contrato después de conocer la agravación. También se extingue por el restablecimiento del estado del riesgo anterior, que es suficiente que sea en lo esencial. Si el asegurador opta expresa o tácitamente por no rescindir o la rescisión es improcedente, la prima debe reajustarse desde el nuevo estado del riesgo, según la tarifa vigente a ese momento.

Cuando existe rescisión por voluntad del asegurador, se entiende como rescisión voluntaria:

- a. a) si la rescisión es por voluntad exclusiva del asegurador, esto es, no media culpa del asegurado, el asegurador sólo tiene derecho a la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b. b) si la rescisión se funda en la conducta culposa del asegurado, el asegurado tiene derecho a la prima por el periodo en curso.

Si el que rescinde es el asegurado, deberá pagar íntegramente la prima por el periodo en curso, puesto que el asegurador soportó el riesgo salvo expresa excepcional legal.

Para el tratadista Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores, la rescisión alude a la terminación anticipada del contrato, en virtud del incumplimiento imputable a una de las partes respecto de las obligaciones a su cargo; incumplimiento imputable a una de las partes respecto de las obligaciones a su cargo; incumplimiento que se genera durante su vigencia, a diferencia de la inexistencia de la nulidad, que se ocasiona por factores consistentes en la falta de un elemento esencial o de validez, respectivamente, antes de la concertación contractual que resulta por ello afectada de inexistencia o de nulidad según sea el caso.

El citado doctrinario, retoma las ideas del autor Martínez Alfaro, exponiendo que la rescisión es un modo de privar de efectos a un acto jurídico válido, mediante la extinción de las obligaciones provenientes de dicho acto que se vuelve ineficaz, en virtud de acontecimientos posteriores a su otorgamiento, como es el incumplimiento de las obligaciones que generó... Es un derecho del acreedor perjudicado por el incumplimiento de su deudor y ese derecho consiste en extinguir la obligación que le incumplieron así desligarse de su deudor. Anotando que los efectos de la acción de rescisión son:

- a. a) Efecto retroactivo, o sea, efecto restitutorio que consiste en “volver las cosas a su estado anterior, cuando ello

es posible, si no se trata de actos consumados o de tracto sucesivo”.

- b. b) Efecto liberatorio del contratante perjudicado por el incumplimiento, quien a su vez se libera de su correspondiente obligación que es correlativa de la incumplida.
- c. c) Extinción de la obligación a cargo del deudor incumplido, a causa de la interdependencia de las obligaciones recíprocas generadas por un contrato bilateral, pero responsabilizando a dicho deudor de daños y perjuicios.

En ese orden de ideas, expresa que algunas de las causas legales por las cuales la aseguradora tiene facultad de rescindir el contrato de seguro, las cuales ya fueron mencionadas en los artículos trascritos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, pero en las cuales el mencionado autor explica lo siguiente:

La agravación esencial del riesgo supone hechos posteriores, durante el curso del seguro, que hayan producido nuevo estado de cosas distinto al que existía al celebrarse el contrato.

La inexactitud, es la falta de veracidad en las declaraciones del asegurado o del tomador del seguro respecto de las circunstancias que conoce o que debe de conocer y que pudiesen influir en la valoración del riesgo, materializándose mediante una exposición incorrecta, imprecisa o inexacta, efectuada por el asegurado o contratante respecto al objeto asegurado o a sus características. En este caso, el asegurador podrá rescindir el contrato mediante escrito dirigido al asegurado y tendrá asimismo derecho a retener la prima relativa al período del seguro en curso.

La omisión, es la ocultación efectuada por el solicitante al exponer la naturaleza o características de los riesgos que desea cubrir. Siendo ésta la causa de rescisión del contrato de seguro, por lo tanto, la pérdida del derecho a la indemnización.

Al efecto, la CONDUSEF, proporciona una definición sobre rescisión, al señalar que es “*Dejar sin efecto una obligación o romper una relación contractual determinada*”.

Aplicable al presente tema, resulta aplicable los siguientes criterios:

**“Registro No. 181169**

**Localización:**

*Novena Época*

*Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito*

*Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*

*XX, Julio de 2004*

*Página: 1703*

*Tesis: I.3o.C.461 C*

*Tesis Aislada*

*Materia(s): Civil*

**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 Ses 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 Magdalena.”

“Registro No. 181360

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XIX, Junio de 2004

Página: 1422

Tesis: I.3o.C.460 C

Tesis Aislada

Materia(s): Civil

**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 Magdalena.”

“Registro No. 182004

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XIX, Marzo de 2004

Página: 1532

Tesis: I.4o.C.67 C

Tesis Aislada

Materia(s): Civil

**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.”

“Registro No. 186975

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XV, Mayo de 2002

Página: 1200

Tesis: I.9o.C.72 C

Tesis Aislada

Materia(s): Civil

**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.”

“Registro No. 191545

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XII, Julio de 2000

Página: 757

Tesis: I.6o.C.211 C

Tesis Aislada

Materia(s): Civil

**CONTRATO DE SEGURO, NOTIFICACIÓN DE RESCISIÓN UNILATERAL DEL, POR OMISIÓN O INEXACTA DECLARACIÓN DEL ASEGURADO, CUANDO ÉSTE HA FALLECIDO.**

Si bien el artículo [48 de la Ley sobre el Contrato de Seguro](#), dispone que para que opere y surta efectos la rescisión unilateral del contrato de seguro, es necesario que la compañía aseguradora comunique en forma auténtica a su contraparte dicha rescisión, dentro de los quince días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la omisión o inexacta declaración de aquél, también es verdad que si la primera conoce del vicio con posterioridad al fallecimiento de su cliente, es imposible notificarle en los términos del aludido numeral, dado que tal precepto contempla en todo caso el supuesto de que el contratante viva y como no existe disposición alguna de la ley que obligue a dar a conocer la rescisión al albacea o interventor de la sucesión, correcto es entonces que se notifique a su o a sus beneficiarios, en razón de que se está en presencia de un seguro de vida y la suma de dinero, importe del contrato en cuestión, es un bien que nace con la muerte del titular, cantidad a la que el o los señalados beneficiarios tienen derecho, por no tratarse de un bien hereditario que pudiera corresponder al instituido heredero o herederos del asegurado.

SEXTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 7486/99. María de Lourdes Canizález. 22 de marzo de 2000. Unanimidad de votos. Ponente: Gustavo R. Parrao Rodríguez. Secretario: Juan Manuel Hernández Páez.”

“Registro No. 215871

**Localización:**

Octava Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

XII, Julio de 1993

Página: 183

*Tesis Aislada*

*Materia(s): Civil*

**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.**

*Conforme con el artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado la rescisión del contrato respectivo, dentro de los quince días siguientes a la fecha en que el mismo asegurador conozca la omisión o inexacta declaración en que hubiera incurrido el asegurado al solicitar la póliza relativa, por lo que si no se ejercita dicha prerrogativa rescisoria dentro de dicho plazo la compañía aseguradora pierde su derecho para hacerlo; luego entonces, si tuvo conocimiento de lo que supuestamente le declaró falsamente el asegurado, en el momento en que se le hizo entrega de los documentos que se requerían para tramitar la indemnización, resulta obvio que si a partir de ese entonces, transcurrieron más de quince días para la fecha en que la aseguradora pretendió dar por rescindido el contrato de seguro respectivo, no hay duda que dicho derecho se ejercitó fuera del plazo que legalmente tenía concedido por el artículo 48 de la ley mencionada y por eso no podía proceder tal rescisión.*

**TERCER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.**

*Amparo directo 1583/93. Seguros Monterrey, S.A. 31 de marzo de 1993. Unanimidad de votos. Ponente: José Becerra Santiago. Secretario: Miguel Vélez Martínez.”*

### 2.3. Novación.

Aunque esta figura esta poco regulada en materia de seguros, tanto en la Ley Sobre el Contrato de Seguro como en la doctrina, debido a que su aplicación no resulta tan frecuente, sin embargo, esto no quiere decir que resulte ajena a la aplicación de un contrato de seguro, así que se estudiarán las normas que se siguen en el derecho civil mexicano, para poder entender esta figura en la aplicación de facto en materia de seguros.

Puede darse el caso de que en el momento en que se celebre un contrato de seguro, las condiciones cambien, obligando a los contratantes a elaborar un nuevo contrato que deje sin efectos el riesgo que se venía cubriendo, esto es, se libera a la compañía aseguradora del pago de un riesgo del cual se hayan novado sus efectos, así como al asegurado se le libera de la obligación del pago de la prima de ese riesgo. Pero se crea una nueva obligación a cargo de las dos partes.

En el diccionario de la Real Academia Española, se define a la novación como:

*“(Del lat. novatĭo, -ōnis).*

*I. f. Der. Acción y efecto de novar.”*

Al respecto el Código Civil Federal, que resulta de aplicación supletoria a la materia de seguros, como ya se ha explicado con anterioridad, habla acerca de la novación en lo referente a sus artículos:

#### **Definición legal:**

*“ARTICULO 2,213.- Hay novación de contrato cuando las partes en él interesadas lo alteran substancialmente sustituyendo una obligación nueva a la antigua.”*

#### **La novación no es presumible:**

*“ARTICULO 2,215.- La novación nunca se presume, debe constar expresamente.”*

#### **Novación sujeta a condición suspensiva:**

*“ARTICULO 2,216.- Aun cuando la obligación anterior esté subordinada a una condición suspensiva, solamente quedará la novación dependiente del cumplimiento de aquélla, si así se hubiere estipulado.”*

#### **Extinción de la primera obligación deja sin efecto la segunda:**

*“ARTICULO 2,217.- Si la primera obligación se hubiere extinguido al tiempo en que se contrajere la segunda, quedará la novación sin efecto.”*

#### **Nulidad de la obligación primitiva:**

*“ARTICULO 2,218.- La novación es nula si lo fuere también la obligación primitiva, salvo que la causa de nulidad solamente pueda ser invocada por el deudor, o que la ratificación convalide los actos nulos en su origen.”*

### **Nulidad de la obligación novada:**

*“ARTICULO 2,219.- Si la novación fuere nula, subsistirá la antigua obligación.”*

### **La novación extingue la obligación principal y accesoria, salvo reserva expresa:**

*“ARTICULO 2,220.- La novación extingue la obligación principal y las obligaciones accesorias. El acreedor puede, por una reserva expresa, impedir la extinción de las obligaciones accesorias, que entonces pasan a la nueva.”*

### **Improcedencia de la reserva expresa de garantías perteneciente a un tercero, salvo:**

*“ARTICULO 2,221.- El acreedor no puede reservarse el derecho de prenda o hipoteca de la obligación extinguida, si los bienes hipotecados o empeñados pertenecieren a terceros que no hubieren tenido parte en la novación. Tampoco puede reservarse la fianza sin consentimiento del fiador.”*

### **Novación entre el acreedor y un deudor solidario; solo hay reserva cuando...:**

*“ARTICULO 2,222.- Cuando la novación se efectúe entre el acreedor y algún deudor solidario, los privilegios e hipotecas del antiguo crédito sólo pueden quedar reservados con relación a los bienes del deudor que contrae la nueva obligación.”*

### **Novación entre el acreedor y algún deudor solidario, exonera a los demás codeudores:**

*“ARTICULO 2,223.- Por la novación hecha entre el acreedor y alguno de los deudores solidarios, quedan exonerados todos los demás codeudores, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1,999.”*

Para los autores franceses Planiol y Ripert, consideran la figura jurídica de la novación como a continuación se expone:

*“La novación consiste en la extinción de una obligación por la creación de una obligación nueva, destinada a reemplazarla y que difiere de la primera por algún elemento nuevo”.*

Consideran que la novación no solo tiene una función traslativa; siempre que hay que procurar un cambio en el objeto o en la causa, constituye el único procedimiento jurídico adecuado.

El ilustre doctrinario Gutiérrez y González, sostienen en su libro Derecho de las Obligaciones que la novación se define como:

*“Novación es el convenio lato sensu, solemne, celebrado entre dos o más personas que tienen entre sí el carácter previo de acreedor y deudor, y por el cual extinguen el Derecho de crédito que los une, y lo sustituyen –con ánimo de novar- por otro que difiere del extinguido en uno de sus elementos de existencia”.*

Al respecto, el diccionario jurídico mexicano, explica a la novación basándose en la definición legal ya mencionada, y conforme a la doctrina, la cual sustenta que se trata de un contrato que es celebrado por las partes que integran una relación obligatoria, la cual tiene la finalidad de poder sustituir dicha relación por otra que difiera de esa relación en la prestación en el objeto o bien en el título, tratándose en este caso de una novación objetiva; o ya sea en uno de los sujetos, conociendo este tipo de novación como la subjetiva; la primera obligación se extingue en el momento en que se perfecciona el contrato novatorio, queda absorbida por la nueva.

Del mismo modo, hace una distinción entre una novación objetiva y una novación subjetiva. Hablando de la primera, la mutación es referida al objeto de la obligación ó a sus condiciones que resulten esenciales, por lo que puede residir la alteración de una prestación de dar, hacer, o bien, de omitir alguna conducta, el cambio de alguna de las condiciones esenciales del objeto reside en la modalidad que revista dicha característica, como afectar una obligación simple a una que se trate de obligación simple a condición suspensiva o resolutoria, ya que la simple alteración del plazo o término no trae consigo la naturaleza esencial que exija la institución. En algunos casos los cambios efectuados no producen el subimiento de la figura. De este modo, las alteraciones relativas al lugar del pago, a la garantía o carga, la remisión parcial del adeudo a los intereses.

En cuanto a lo que se refiere a la novación subjetiva, se caracteriza por el elemento del cambio de la persona del acreedor o de la del deudor. De esta manera, tratándose de un deudor diferente se puede operar a través de la delegación, siempre que el nuevo deudor, el delegado, este de acuerdo; o bien, por medio de la expromisión, que es donde un tercero consiente la asunción de la deuda, para lo que únicamente es necesario el consentimiento del acreedor.

Para el licenciado Luis Díez-Picazo, expone de manera breve el concepto jurídico de la novación el cual se transcribe a continuación: *“prioris debiti in aliam obligationem...transfusio atque translatio. Se la define, pues, como la extinción de una*

*obligación mediante la creación de otra nueva destinada a reemplazarla”.*

El autor Jorge Mario Magallón Ibarra, proporciona dentro de su obra Instituciones de Derecho Civil, una definición de novación:

*“... porque por la intervención de un nuevo deudor, nace una nueva obligación, y la primera, transferida en la segunda, se disuelve, de tal modo que puede suceder que aunque la estipulación posterior sea nula, la primera por efecto de la novación, deja de existir:”... “hay novación en caso de adjunción de una condición, debe entenderse en el sentido de que la novación tendrá lugar si la condición se cumple; pero si no se cumple, la primera obligación subsiste”.*

El distinguido doctrinario Bonnacase, realiza una definición sobre la novación de una manera concreta, exponiendo que se trata de una figura jurídica que: *“...es una operación jurídica, por virtud de la cual se extingue una obligación, substituyéndola por otra.”*

De igual manera, se refiere a condiciones necesarias para la existencias de la novación, la primera de tales condiciones es la capacidad del acreedor y del deudor; la segunda, es que exista una intención de novar, ya que ésta no es presumible, por lo que los acreedores como deudores han querido novar la obligación; y por último, la tercera, se refiere a que la nueva obligación debe distinguirse de la antigua.

Respecto a los efectos de la novación, estableciendo que la obligación primitiva se extingue absolutamente con todos sus accesorios, como si ésta hubiera sido pagada.

Por su parte el maestro Ignacio Galindo Garfias, expone en su obra teoría de las obligaciones que:

*“Existe una estrecha relación entre la extinción de la obligación anterior y la creación de la otra, para que pueda producirse la sustitución de ésta por aquélla. De la misma manera, para que pueda desaparecer la antigua obligación es preciso que la nueva sea válida; de manera que si ésta es nula no es posible que se produzca la sustitución de una obligación por otra que no tiene validez”.*

De lo que se desprende que resulta necesario que exista una diferencia sustancial entre la obligación primitiva y la nueva obligación. Puede existir que el cambio de uno de los sujetos genere la novación subjetiva. Es cambio o la modificación de la obligación original se produzca en algunos de sus elementos esenciales, a saber: el objeto, la causa y la condición y cuando la prestación es personalísima, puede haber novación subjetiva si las partes convinieran en que las prestaciones fueran ejecutadas por una tercera persona que tome a cargo la obligación. A su vez se refiere a que la intención de novar conste expresamente, no es presumible y si el acreedor no ha consentido la novación resultan coexistentes las dos obligaciones.

#### 2.4. Confusión.

En relación a la confusión nos encontramos bajo la misma perspectiva que el tema anterior, pues no se encuentra regulada dentro de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y la doctrina no la contempla en materia de seguros, sin embargo, aunque no resulta frecuente es importante mencionar que al darse pueden llegar extinguir un contrato de seguro.

Acerca de la confusión la Real Academia Española, señala que:

*“(Del lat. confusio, -ōnis).*

*1. f. Acción y efecto de **confundir** ( || mezclar).*

*2. f. Acción y efecto de **confundir** ( || perturbar, desordenar).*

*3. f. Perplejidad, desasosiego, turbación de ánimo.*

*4. f. Equivocación, error.*

*5. f. Abatimiento, humillación.*

*6. f. Afrenta, ignominia.*

*7. f. Der. Modo de extinguirse las obligaciones por reunirse en una misma persona el crédito y la deuda.”*

Recurriendo nuevamente, al Código Civil Federal, que resulta de aplicación supletoria a la materia de seguro, por los razonamientos expuestos al principio del presente capítulo, resultan aplicables al presente tema, los siguientes artículos:

#### **Definición legal:**

*“ARTICULO 2,206.- La obligación se extingue por confusión cuando las calidades de acreedor y deudor se reúnen en una misma persona. La obligación renace si la confusión cesa.”*

#### **Confusión de acreedor o deudor solidario:**

*“ARTICULO 2,207.- La confusión que se verifica en la persona del acreedor o deudor solidario, sólo produce sus efectos en la parte proporcional de su crédito o deuda.”*

Los tratadistas Planiol y Ripert, dentro de su reconocida obra, la cual ya ha sido citada con anterioridad, explican la figura jurídica en cuestión, de la siguiente manera:

*“La confusión resulta de la reunión, en una misma persona, de los caracteres o condiciones de acreedor y deudor de una misma obligación”... “Esas dos cualidades son incompatibles, a reserva de aquellos casos excepcionales en que una misma persona es titular de varias masas de bienes aisladas, entre las cuales pueden existir relaciones obligatorias”.*

Afirman que la confusión priva de su eficacia práctica a la obligación, debido a que el acreedor no puede demandarse a sí mismo; esto implica un obstáculo de hecho a su cumplimiento más bien que un modo de extinción propiamente dicho.

A su vez, exponen que la aplicación de la confusión no hace desaparecer la acción que correspondía al interesado, en su carácter de acreedor, a fin de rechazar las pretensiones de los terceros que afectaren a los derechos definitivamente adquiridos por él con anterioridad al acto que dio lugar a la confusión.

El catedrático Gutiérrez y González, expone dentro de su obra de una manera sintetizada lo que podemos entender por confusión, los cual dice que es: *“el acto en virtud del cual las calidades de acreedor y deudor de un solo Derecho de crédito, se reúnen en una sola persona”*

El diccionario jurídico mexicano, indica que:

*“Modo de extinguir las obligaciones por unión de las dos calidades, acreedor y deudor, en una misma persona especie, de accesión que se refiere a la mezcla de dos líquidos pertenecientes a diferentes dueños.  
Cuando la confusión opera en la persona de un acreedor o deudor solidario ésta sólo producirá efecto respecto de la parte proporcional que corresponda a su crédito o deuda respectivamente.  
La confusión puede revocarse por repudio de la herencia o por cumplimiento de una condición resolutoria bajo la que se celebró el contrato que produjo la confusión.”*

Para el tratadista Díez-Picazo, *“La confusión significa reunión de los conceptos de acreedor y deudor, cualquiera que sea la vía por la que se produzca. No hay, por tanto, confusión si los hechos no determinan tal reunión”.*

El doctor Magallón Ibarra, refiere en su ya citada obra, una definición sobre la confusión, la cual es la siguiente:

*“... la confusión se da en los derechos y que, como consecuencia, extingue los dos créditos preexistentes, en razón de que esos derechos divergentes en el ángulo original de sus titulares, experimentaron ese fenómeno, determinado por haberse reunido en una sola y misma persona, que en uno de ellos es acreedor y que en la otra es el deudor.”*

De igual manera, señala que a diferencia de la compensación, puede tener lugar, aunque la obligación se encuentre todavía sometida a una condición suspensiva a un término. A su vez, la confusión no opera en tanto que se trate de una sucesión o transmisión en plena propiedad. La confusión no debe ser asimilada a un pago: ella tiene primeramente por efecto el liberar de la obligación al deudor en la persona de la cual ella opera, que el extinguir la obligación por sí misma.

En relación a este tema, el maestro Galindo Garfias, expone:

*“La obligación se extingue por falta de uno de los elementos subjetivos, acreedor y deudor, puesto que subsiste únicamente uno de ellos. La confusión hace posible lógicamente el ejercicio de los derechos del acreedor contra el deudor ya que no se concibe que el acreedor pueda ejercer tales derechos contra sí mismo. No es admisible una relación jurídica sino en el caso de que exista un acreedor y un deudor. Nadie puede ser al mismo tiempo su propio deudor ni su propio acreedor”.*

#### **2.5. Prescripción.**

La prescripción negativa es la figura jurídica mediante la cual por el simple transcurso del tiempo establecido por la ley, se

pierden derechos, o bien, se libera de las obligaciones establecidas en un contrato. En ese orden de ideas, analizaré en este inciso, la regla general para la prescripción, así como las cuestiones que hay que tomar en cuenta para hacerla valer en el derecho en general, posteriormente se desarrollará los requisitos específicos en materia de seguros, así como las exigencias legales que resultan necesarias para poder hacer valer esta figura que puede llevar al no pago de una póliza de seguros.

La Real Academia Española, preceptúa a la prescripción, como se señala enseguida:

*“(Del lat. praescriptio, -ōnis).*

*1. f. Acción y efecto de prescribir.*

*2. f. ant. Introducción, proemio o epígrafe con que se empieza una obra o escrito.*

*~ adquisitiva.*

*1. f. Der. usucapión.*

*~ extintiva.*

*1. f. Der. Modo de extinguirse un derecho como consecuencia de su falta de ejercicio durante el tiempo establecido por la ley.”*

En relación a este inciso se estudiara su regulación en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Código de Comercio y el Código Civil Federal.

Iniciando el estudio con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la cual contempla casos y reglas específicas:

### **Plazo de prescripción:**

*“ARTICULO 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.”*

### **Computo del plazo de prescripción y sus excepciones:**

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

*Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.”*

### **Plazo de prescripción, no puede abreviarse ni extenderse:**

*“ARTICULO 83.- Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los artículos anteriores.”*

### **Causas especiales de interrupción de la prescripción:**

*“ARTICULO 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.”*

En el Código de Comercio, se regula la figura dentro de los siguientes artículos:

### **Cómputo del plazo de prescripción:**

*“Art. 1,040. En la prescripción mercantil negativa, los plazos comenzarán á contarse desde el día en que la acción pudo ser legalmente ejercitada en juicio.”*

Causas de interrupción de la prescripción:

*“Art. 1,041. La prescripción se interrumpirá por la demanda u otro cualquier género de interpelación judicial hecha al deudor, por el reconocimiento de las obligaciones, o por la renovación del documento en que se funde el derecho del acreedor. Se considerará la prescripción como no interrumpida por la interpelación judicial si el actor desistiese de ella o fuese desestimada su demanda.”*

### **Causas de interrupción de la prescripción:**

*“Art. 1,042. Empezará á contarse el nuevo término de la prescripción en caso de reconocimiento de las obligaciones, desde el*

*día que se haga; en el de renovación desde la fecha del nuevo título; y si en él se hubiere prorrogado el plazo del cumplimiento de la obligación, desde que éste hubiere vencido.”*

El Código Civil Federal lo regula de la siguiente manera:

#### **Definición legal:**

*“ARTICULO 1,135.- Prescripción es un medio de adquirir bienes o de librarse de obligaciones, mediante el transcurso de cierto tiempo y bajo las condiciones establecidas por la ley.”*

#### **Bienes objeto de la prescripción:**

*“ARTICULO 1,137.- Sólo pueden prescribirse los bienes y obligaciones que están en el comercio, salvo las excepciones establecidas por la ley.”*

#### **Casos en que procede renunciar a la prescripción:**

*“ARTICULO 1,143.- Los acreedores y todos los que tuvieren legítimo interés en que la prescripción subsista, pueden hacerla valer aunque el deudor o el propietario hayan renunciado los derechos en esa virtud adquiridos”*

#### **Requisito de la prescripción negativa:**

*“ARTICULO 1,158.- La prescripción negativa se verifica por el sólo transcurso del tiempo fijado por la ley.”*

#### **Plazo de la prescripción ordinaria:**

*“ARTICULO 1,159.- Fuera de los casos de excepción, se necesita el lapso de diez años, contado desde que una obligación pudo exigirse, para que se extinga el derecho de pedir su cumplimiento.”*

#### **Interrupción de la prescripción:**

*“ARTICULO 1,168.- La prescripción se interrumpe:*

*I.- Si el poseedor es privado de la posesión de la cosa o del goce del derecho por más de un año;*

*II.- Por demanda u otro cualquier género de interpelación judicial notificada al poseedor o al deudor en su caso;*

*Se considerará la prescripción como no interrumpida por la interpelación judicial, si el actor desistiese de ella, o fuese desestimada su demanda;*

*III.- Porque la persona a cuyo favor corre la prescripción reconozca expresamente, de palabra o por escrito, o tácitamente por hechos indudables, el derecho de la persona contra quien prescribe.*

*Empezará a contarse el nuevo término de la prescripción en caso de reconocimiento de las obligaciones, desde el día en que se haga; si se renueva el documento, desde la fecha del nuevo título y si se hubiere prorrogado el plazo del cumplimiento de la obligación, desde que éste hubiere vencido.”*

#### **Interrupción de deudas solidarias:**

*“ARTICULO 1,169.- Las causas que interrumpen la prescripción respecto de uno de los deudores solidarios, la interrumpen también respecto de los otros.”*

#### **Interrupción de deudas divisibles:**

*“ARTICULO 1,170.- Si el acreedor, consintiendo en la división de la deuda respecto de uno de los deudores solidarios, sólo exigiere de él la parte que le corresponda, no se tendrá por interrumpida la prescripción respecto de los demás.”*

Por su parte los doctrinarios Planiol y Ripert, dan una explicación acerca de la prescripción extintiva o liberatoria (negativa), la cual para poder estudiarla se transcribirá en las siguientes líneas:

*“... es un modo de extinción de las obligaciones por el decurso de cierto tiempo. La explicación más simple sería considerar que la obligación no tiene una existencia perpetua y que desaparece por sí misma cuando el acreedor no haya reclamado su cumplimiento en el plazo fijado por la ley. Pero, el legislador no ha querido admitir esa concepción, por entender que es en cierto modo injusto declarar liberado a un deudor que no ha saldado su deuda; por ello, hace de la prescripción una excepción a favor del deudor, concediéndole de este modo, si lo quiere, un medio para paralizar la acción del acreedor. En este sentido se dice que la prescripción se refiere más bien a la acción judicial que al derecho mismo y que el crédito subsiste,*

*si bien desprovisto de su acción. Esta concepción da a la institución de la prescripción un carácter jurídico bastante turbio...”.*

Para el maestro Gutiérrez y González, la prescripción se describe de la siguiente manera:

*“...es la facultad o el Derecho que la ley establece a favor del deudor, para excepcionarse válidamente y sin responsabilidad, de cumplir con su prestación, o para exigir a la autoridad competente la declaración de que ya no se le puede cobrar en forma coactiva la prestación, cuando ha transcurrido el plazo que otorga la ley al acreedor para hacer efectivo su Derecho.”*

Por su parte, el Diccionario Jurídico Mexicano, conceptúa la prescripción de acciones, como se muestra a continuación:

*“Modo de adquirir el dominio de cosa ajena, a través de la posesión de ella durante cierto tiempo y con los requisitos marcados por la ley, o de liberarse de una obligación que se hubiere contraído y cuyo cumplimiento no se exija durante el término que señale asimismo la ley”.*

De igual manera el tratadista Bonnacase, se refiere al igual que los doctrinarios Planiol y Ripert a una prescripción extintiva o liberatoria, pero él por su parte la define como se muestra en seguida:

*“La institución de la prescripción extintiva o liberatoria, produce la extinción de las obligaciones, por virtud de la inactividad del acreedor, prolongada durante determinado tiempo y bajo ciertas condiciones, a partir de la exigibilidad de la deuda.”*

En la prescripción adquisitiva el estado aparente es conforme al derecho y consolida los derechos del poseedor, puesto que el verdadero titular permanece inactivo. Mientras que en la prescripción extintiva, estabiliza la situación del deudor, en virtud de que éste no es inquietado por el acreedor. Existe una presunción legal de haberse cumplido la obligación.

El jurista Galindo Garfias, proporciona un concepto acerca de la prescripción negativa, sobre las cual menciona:

*“Por su propia naturaleza la relación jurídica se extingue o desaparece por el transcurso del plazo fijado por la ley, que es lo que se denomina prescripción negativa”.*

Por lo anterior, debido a que el acreedor carece de acción para exigir al obligado, al desaparecer la coactividad de la propia relación obligacional, con ella concluye también su naturaleza jurídica. Por el sólo transcurso del término fijado por la ley, para el ejercicio judicial de los derechos del acreedor, el deudor ya no queda jurídicamente obligado a hacer el pago. En el supuesto de que el deudor después de prescrita la acción judicial del acreedor, realice la prestación prometida, dicho pago queda firme y no podrá ser revocado el cumplimiento debido a la voluntad del deudor.

El tratadista Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores, la prescripción no hace perder su derecho al asegurado, por lo que dicho asegurado puede ejercitar su acción, y si la aseguradora demandada opone la excepción de prescripción al contestar su demanda y el Juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros la declaran procedente, al dictar su sentencia o laudo respectivo, es a partir de ese momento cuando surte sus efectos, teniendo como consecuencia que la autoridad no condene a dicha aseguradora al pago de la indemnización que se le demande.

Asimismo, la prescripción se interrumpe por los casos descritos en el 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, ya citado, el cual estipula que se interrumpe por la designación de peritos con motivo de la realización del siniestro; tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro; además se puede interrumpir por la presentación del escrito de reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o ante la Unidad Especializada con la que cuente la aseguradora; y, por los casos establecidos en el artículo 1041 del código de comercio, de aplicación supletoria a la materia de seguros.

La interrupción de la prescripción ante la Comisión citada en el párrafo anterior, tiene su fundamento en el artículo 100 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La CONDUSEF, define en su página electrónica, dentro de su diccionario de términos financieros, la prescripción, lo cual explica:

*“Medio reconocido por ley, por el que, una vez transcurrido un plazo de tiempo, se pasa de una situación de hecho a un estado de derecho. Existen dos modalidades: prescripción adquisitiva o usucapión cuando se otorga el derecho de propiedad sobre algo que se ha poseído durante un período de tiempo determinado y prescripción extintiva cuando se exige a alguien del cumplimiento de una obligación o acción porque ha transcurrido un período estipulado ininterrumpido durante el cual el titular no ha ejercido su derecho, que se extingue por este acto”.*

Para poder tener un criterio más amplio del presente inciso, se mostrarán criterios de nuestros tribunales de amparo, a continuación:

“**Registro No. 184270**

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XVII, Mayo de 2003

Página: 1267

Tesis: III.Io.C.136 C

Tesis Aislada

Materia(s): Civil

**SEGUROS. EN LAS ACCIONES DERIVADAS DE LOS CONTRATOS RELATIVOS PUEDE OPERAR LA EXCEPCIÓN SUPERVENIENTE DE PRESCRIPCIÓN.**

El anterior texto del artículo [135, fracción I, inciso d\), párrafo noveno, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros](#), literalmente establecía que: "... La comisión ordenará la cancelación de la reserva cuando la empresa aseguradora le compruebe que ha sido decretada la caducidad o preclusión de la instancia o que haya sido procedente la excepción superveniente de prescripción.", de lo que se deduce que dicha legislación contemplaba expresamente la posibilidad de que ya iniciado el juicio respectivo, operara la prescripción, pues alude a ésta con el calificativo de "excepción superveniente", lo que hace patente que dicha excepción puede operar y, por tanto, oponerse una vez iniciado el procedimiento. Lo anterior evidencia la circunstancia de que no por el hecho de haberse ejercido la acción respectiva, el derecho a reclamar el cumplimiento de las prestaciones derivadas de un contrato de seguro adquiera la calidad de perpetuo e imprescriptible, de manera que el juicio en el que se ventile la controversia correspondiente pueda permanecer abandonado indefinidamente a voluntad del actor, de ahí que debe concluirse que la presentación de la demanda y la de las restantes promociones que impulsen el procedimiento con la intención de obtener el derecho exigido en esta clase de procedimientos, interrumpen el curso para la prescripción pero no la suspenden, por lo que el término de ésta vuelve a iniciar o correr al día siguiente de tal presentación, porque con ésta sólo hubo interrupción pero no suspensión de la prescripción; lo anterior, porque no ha habido un cambio en la calidad del derecho exigido, toda vez que éste sigue siendo litigioso, es decir, sigue estando al nivel de pretensión, por consiguiente, continúa la exigencia que establece la ley sustantiva en cuanto al deber que impone a su titular de exigirlo, so pena de perderlo por prescripción; por lo que resulta evidente que el término para que opere tal figura puede volver a correr dentro del procedimiento, y si el juicio es abandonado, aquélla puede consumarse.

**PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL TERCER CIRCUITO.**

Amparo directo 239/2002. Aigméxico Seguros Interamericana, S.A. 23 de mayo de 2002. Unanimidad de votos. Ponente: Carlos Arturo González Zárate. Secretaria: Cecilia Peña Covarrubias.”

“**Registro No. 173512**

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XXV, Enero de 2007

Página: 2292

Tesis: I.4o.C.107 C

Tesis Aislada

Materia(s): Civil

**PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO. SI EL ÚLTIMO DÍA PARA QUE OPERE ES FERIADO, NO PUEDE ACTUALIZARSE SINO UN DÍA DESPUÉS DE ESTE ÚLTIMO (APLICACIÓN SUPLETORIA DEL CÓDIGO CIVIL FEDERAL A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO).**

El artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro dispone: "Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen."; por tanto, al ser la excepción de prescripción una institución que se actualiza por el simple transcurso del tiempo, basta que se justifique el cómputo del término prescriptivo de dos años referido en el precepto aludido. Sin embargo, cuando el último día del término de la prescripción cae dentro del periodo vacacional de los juzgados del fueron común (que constituye un hecho notorio, en virtud de que forma parte del bagaje cultural que es propio del círculo o grupo de los juzgadores de amparo), debe aplicarse supletoriamente el artículo 1180 del Código Civil Federal, que dice: "Cuando el último día sea feriado, no se tendrá por completa la prescripción, sino cumplido el primero que siga, si fuere útil.". Lo anterior es así, si se toma en consideración que el contrato de seguro es un contrato mercantil que se rige por la Ley sobre el Contrato de Seguro, y a falta de disposición expresa en ella por el Código de Comercio, el que a su vez lo suple, en términos de su artículo [2o.](#), el Código Civil Federal; y como ni en la ley especial de seguros, ni en el Código de Comercio existe disposición expresa relativa al supuesto en que el último día para completar la

prescripción corresponde a un día feriado, debe acudir al Código Civil Federal, que contempla esa circunstancia en el referido artículo 1180.

**CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.**

Amparo directo 266/2006. María del Carmen Ortiz Ortiz. 25 de mayo de 2006. Unanimidad de votos. Ponente: Francisco J. Sandoval López. Secretaria: Angélica Rivera Chávez.”

“**Registro No. 183321**

**Localización:**

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

XVIII, Septiembre de 2003

Página: 1359

Tesis: I.9o.C.106 C

Tesis Aislada

Materia(s): Civil

**CONTRATO DE SEGURO. MOMENTO EN QUE EMPIEZA A CONTAR EL TÉRMINO DE LA PRESCRIPCIÓN PARA RECLAMAR LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE.**

De los artículos [1o.](#) y [81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro](#) se advierten dos circunstancias esenciales: que la obligación de la compañía aseguradora de cubrir la indemnización nace "al verificarse la eventualidad prevista en el contrato", esto es, cuando ocurrió el siniestro y que las acciones derivadas "de un contrato de seguro" (entre ellas la de indemnización) prescriben en dos años "contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen". Para determinar a qué se refiere el artículo 81 en su parte "contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen", cabe subrayar que la frase "les dio origen" está redactada en plural, al igual que "las acciones", en tanto que la frase "de un contrato de seguro" está redactada en singular; de donde se concluye que se refiere al acontecimiento que dio origen a las acciones y no al contrato, pues de ser esto último existiría una imperfección tanto en la redacción del artículo como en su comprensión.

**NOVENO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.**

Amparo directo 3899/2003. Grupo Nacional Provincial, S.A. 6 de agosto de 2003. Unanimidad de votos. Ponente: Ana María Serrano Oseguera. Secretario: José Antonio Franco Vera.”

## 2.6. Compensación.

La compensación, como se sabe, es un medio de extinguir las obligaciones y aunque su actividad práctica se da mas en materia bancaria, no deja de aplicarse a la materia de seguros, aunque no con la misma frecuencia.

Procederemos a su estudio, en base a las reglas del derecho civil y posteriormente especificaremos su utilidad y aplicación en las obligaciones derivadas de un contrato de seguro.

La compensación es definida por el diccionario de la Real Academia Española, de la siguiente manera:

“(Del lat. *compensatio*, -ōnis).

1. f. Acción y efecto de compensar.

2. f. Intercambio de cheques, letras u otros valores, entre entidades de crédito, con liquidación periódica de los créditos y débitos recíprocos.

3. f. Der. Modo de extinguir obligaciones vencidas, dinerarias o de cosas fungibles, entre personas que son recíprocamente acreedoras y deudoras. Consiste en dar por pagada la deuda de cada uno por la cantidad concurrente.

4. f. Der. Sistema de ejecución de planes urbanísticos en virtud del cual los propietarios de terrenos de un mismo polígono asumen la gestión de dicha ejecución, repartiéndose los beneficios y las cargas de la misma.

5. f. Med. Estado funcional de un órgano enfermo, especialmente el corazón, en el cual este es capaz de subvenir a las exigencias habituales del organismo a que pertenece.”

En el Código Civil Federal, se contempla a la figura de la compensación dentro de los seis artículos a los que procedo a hacer referencia.

**Definición legal:**

“ARTICULO 2,185.- Tiene lugar la compensación cuando dos personas reúnen la calidad de deudores y acreedores recíprocamente y por su propio derecho.”

**Efecto de la compensación:**

*“ARTICULO 2,186.- El efecto de la compensación es extinguir por ministerio de la ley las dos deudas, hasta la cantidad que importe la menor.”*

**Compensación, requiere deudas de dinero o bienes fungibles designados al celebrar el contrato:**

*“ARTICULO 2,187.- La compensación no procede sino cuando ambas deudas consisten en una cantidad de dinero, o cuando siendo fungibles las cosas debidas, son de la misma especie y calidad, siempre que se hayan designado al celebrarse el contrato.”*

**Compensación, requiere deudas líquidas y exigibles o convenio expreso de los interesados:**

*“ARTICULO 2,188.- Para que haya lugar a la compensación se requiere que las deudas sean igualmente líquidas y exigibles. Las que no lo fueren, sólo podrán compensarse por consentimiento expreso de los interesados.”*

**Definición deuda líquida:**

*“ARTICULO 2,189.- Se llama deuda líquida aquella cuya cuantía se haya determinado o puede determinarse dentro del plazo de nueve días.”*

**Definición deuda exigible:**

*“ARTICULO 2,190.- Se llama exigible aquella deuda cuyo pago no puede rehusarse conforme a derecho.”*

Para los reconocidos tratadistas franceses Planiol y Ripert, la compensación se puede definir como a continuación se menciona:

*“La compensación es un modo de extinción propio de las obligaciones recíprocas, por el cual dos obligaciones existentes en sentido inverso entre unas mismas personas, quedan extinguidas por hasta el importe de la menor de ellas. El deudor que resulta al propio tiempo acreedor de su acreedor le paga utilizando el crédito que contra él tiene. La reciprocidad de obligaciones entre las mismas partes justifica la afectación de ese elemento particular del activo de cada deudor al pago del otro”.*

Para los citados autores, la función de la compensación es doble, puesto que simplifica y garantiza los pagos, ya que evita un doble pago; ya que, en sentido inverso y lo reemplaza por el simple pago del exceso de la cantidad mayor sobre la menor. Por otra parte, la compensación constituye una garantía de pago y atribuye a cada uno de los acreedores el equivalente de un privilegio frente a los demás acreedores de su deudor; no tendrá que concurrir con ellos en la cuantía en que se produce la compensación, puesto que cobrará con cargo a lo que a su vez adeuda, quedando la totalidad de su deuda especialmente afectada a dicho pago. De este modo queda protegido contra el riesgo de tener que pagar lo que adeuda sin estar seguro de recibir lo que se le debe. Es este uno de los casos en que un simple acreedor quirografario goza, de hecho, de un motivo de preferencia, independientemente de los casos formalmente previstos por la ley.

Para el autor Gutiérrez y González, no es otra cosa más que:

*“...figura que extingue deudas por partida doble, y se puede entender como la forma admitida o establecida por la ley, en virtud de la cual se extinguen por ministerio de la ley dos deudas, hasta el importe de la menor, y en las cuales los sujetos titulares reúnen la calidad de acreedores y deudores recíprocamente.”*

La definición que proporciona el diccionario jurídico mexicano, acerca de la compensación es:

*“Una de las formas de extinguir obligaciones. Es el balance entre dos obligaciones que se extinguen recíprocamente si ambas son de igual valor, o sólo hasta donde alcance la menor, si son de valores diferentes.”*

Para el doctrinario Díez-Picazo, la ya antes definida compensación, se puede entender de la siguiente manera:

*“...encuentra su razón de ser en la conveniencia de simplificar la operación del cumplimiento, sustituyendo dos o más pagos con efectiva transferencia de fondos por una simple operación aritmética.”... “si por extinción de de la obligación entendemos la extinción total o parcial de una deuda o de un derecho de crédito, sin prejuzgar todavía si su efecto es automático o provocado. No parece en cambio exacto si la extinción queremos referirla a la relación obligatoria considerada como unidad, pues es claro que después de la compensación puedan subsistir entre las partes relaciones del mismo tipo que antes.”, “Por ello, hay que entender que la compensación opera en el campo de los subrogados del cumplimiento, más que en la línea de las causas de extinción de la relación obligatoria. Es, por decirlo así, un pago sin puesta en juego de los medios*

*solutorios: una solutio sin ejecución de la prestación.”... “la compensación es un medio de liberarse de la deuda, que se produce por una mutua neutralización de dos obligaciones, cuando quien tiene que cumplir es, al mismo tiempo, acreedor de quien tiene que recibir satisfacción.”*

El profesor Magallón Ibarra hace suya la definición del tratadista Carlos Aubry y Carlos Rau, al definirla como:

*“la extinción total o parcial de dos deudas que se saldan mutuamente, hasta la concurrencia de sus respectivas cuotas, en razón de la circunstancia de que el deudor y el acreedor de uno, se encuentra al ser al mismo tiempo <personalmente> acreedor y deudor del otro.”*

Remite a la clasificación que formulan los maestros de Estraburgo, y dice que la compensación es legal cuando por la concurrencia de ciertas condiciones, opera de pleno derecho y sin que exista la intervención de las partes interesadas, en el mismo instante en que las dos deudas se encuentran existentes a la vez; la compensación facultativa es aquella que opera cuando por consecuencia de una excepción que propone que aquella de las partes en cuyo interés la ley ha rechazado la compensación legal; y, la compensación judicial, se da cuando la que puede dar lugar a la demanda reconvenzional, que forma la parte de la cual el crédito no ha reunido todavía las condiciones requeridas para la compensación legal.

A su vez, habla de las cuatro condiciones necesarias para que pueda operar la compensación legal, las cuales son:

- a. a) las dos deudas, que van a compensarse deben tener, la una y la otra, por objeto, sea una suma de dinero, sea una cierta cantidad de cosas fungibles entre ellas.
- b. b) las dos deudas deben ser igualmente liquidas.
- c. c) las dos deudas deben ser exigibles.
- d. d) El acreedor de una de las obligaciones debe ser deudor personal y principal de la otra obligación; y, recíprocamente, el acreedor de aquella debe ser deudor personal y principal de ésta.

Para el jurista Bonnacase, dentro de su obra elementos de derecho civil, encontramos que se refiere a la compensación como:

*“La compensación es un modo de extinción de las obligaciones, -hasta el monto de la menor- existentes entre personas, que recíprocamente son acreedoras una de otra. El resultado práctico de la compensación aparece por sí mismo. Evita el manejo de fondos y los gastos inherentes a éste”.*

Para el maestro Galindo Garfias, los casos en que no tiene lugar la compensación, son los siguientes:

*“No tiene lugar la compensación, si alguna de las partes que intervienen en un contrato, la hubiere renunciado. Tampoco hay lugar a la compensación en el caso de que el crédito provenga de una disposición legal y lo mismo se dice respecto de las deudas por alimentos, si proviene del salario mínimo o en el caso de que esa deuda sea por renta vitalicia. Tampoco pueden ser compensadas las deudas fiscales. Excepto en los casos antes mencionados, la compensación tiene lugar por convenio de las partes.”... “La compensación facultativa no tiene lugar, pues, cuando faltan los requisitos para que proceda la compensación legal”.*

## CAPÍTULO TERCERO

### SUPUESTOS LEGALES PARA LA ACEPTACIÓN O RECHAZO DEL PAGO DE UNA PÓLIZA DE SEGUROS.

#### 3.1. Para el seguro en general.

Los supuestos legales mas importantes para la aceptación o rechazo del pago de una póliza de seguros, se encuentran dentro de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la cual será analizada a lo largo del presente capítulo, correspondiendo al presente tema el estudio de los supuestos legales para el pago de un póliza, o bien su rechazo, de manera general. Iniciando de esta manera con el estudio de los supuestos legales:

#### **ACEPTACIÓN DEL PAGO DE LA PÓLIZA.**

Los artículos 12 y 13 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, regula supuestos en los que la aseguradora se encuentra obligada al pago, en caso de que el seguro haya sido contratado por medio de un tercero, así como que salvo manifestación expresa en contrario la facultad que tiene un mandatario para poder reclamar el pago de una póliza de seguros, como se ve en la transcripción siguiente:

“ARTICULO 12.- El seguro por cuenta de un tercero obliga a la empresa aseguradora, aun en el caso de que el tercero asegurado ratifique el contrato después del siniestro”.

“ARTICULO 13.- Salvo pacto expreso en contrario contenido en el contrato de mandato o en la póliza, el mandatario que contrate un seguro a nombre de su mandante, podrá reclamar el pago de la cantidad asegurada.”

Para proceder al pago de una póliza no debe de existir ninguna causa legal o convencional para su rechazo y debe encontrarse pagada la prima vencida o estar en su periodo de gracia legal o convencional. El artículo 31 de la ley a que hago referencia, se infiere la obligación que tiene el contratante de una póliza de seguros de realizar el pago de la prima correspondiente, en su domicilio, salvo estipulación expresa en contrario.

En cuanto al pago de la prima, ésta se considera la producción de los efectos normales o consecuencias legales jurídicas esenciales del contrato de seguro, ya que es en vista de la plena ejecución del compromiso recíproco que ha tenido lugar la constitución del vínculo creditorio.

Por su parte el artículo 32 de la ley mencionada, faculta a la aseguradora para que reclame el pago de la prima al contratante (titular del crédito) en el caso de seguro por cuenta de un tercero, y sólo en el supuesto de que la persona que contrató la póliza de seguros resultare insolvente. Como se observa en este artículo, es una manera en que la ley protege a la aseguradora, por una parte, en cuanto a que tiene manera de exigir el cobro de la prima tanto al asegurado como al contratante y, por otro lado, también protege al beneficiario de la póliza de seguros, debido a que al existir el pago de la póliza la empresa se encuentra obligada a realizar el pago de la indemnización pactada dentro del contrato de seguro, fortaleciendo la confianza del seguro.

Como se observa dentro del artículo 34 de la ley referida, el momento en que se encuentra vencida una prima referente al primer periodo que corra del seguro, es la celebración del contrato, salvo que exista estipulación en contrario. De igual manera señala que se entenderá que el plazo de duración de un contrato de seguro será de un año siempre que exista duda. Este artículo resulta importante, debido a que mientras se esté en tiempo en el pago de una póliza de seguros, la empresa aseguradora se encuentra obligada a realizar el pago de la indemnización conforme a lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, puesto que se esta cumpliendo con uno de los elementos fundamentales para la existencia del contrato de seguro, el cual es el pago de la prima.

Por lo comentado en el artículo anterior, es que la ley protege al asegurado así como al beneficiario, en el artículo 35, en el que se impide a la aseguradora eludir su responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

En caso de que exista alguna incertidumbre en cuanto al pago de las primas realizadas de forma ulterior al primer periodo de la contratación del seguro, el artículo 36 de la multicitada ley establece que se entenderán vencidas al comienzo de cada período, y no al final.

Para el pago de la prima, existe regulado un plazo de gracia legal o convencional, en el artículo 40 de la ley en cita, en el que se prevé que para el pago de la primera fracción de la prima o bien de su totalidad, deberá de ser dentro del plazo estipulado por las partes, estando a los plazos estipulados en el artículo de referencia, esto es, que no debe ser menor de tres días y no debe de exceder de los treinta días naturales siguientes a la contratación de la póliza, en el supuesto en que no se haya convenido plazo, se entenderá que deberá tomarse el plazo de los treinta días naturales. Para el caso de que no haya sido pagada la prima en los plazos mencionados, cesarán automáticamente todos los efectos del contrato según lo estipulado en el artículo de estudio.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el precepto 40 de la ley en estudio no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de (seguros obligatorios).

Siguiendo uno de los principios del contrato de seguro, el cual es la protección del patrimonio ante la posible realización de un siniestro, encontramos que el artículo 42 de la ley indicada, dispone que la empresa aseguradora debe de aceptar el pago de la o de las primas hechas por aquellos sujetos de derecho, los cuales tengan algún interés en que se continúe con la cobertura del seguro contratado (acreedores privilegiados, hipotecarias, prendarias, terceros asegurados o beneficiarios).

La prima convenida para el período en curso, se adeudará en su totalidad aun cuando la aseguradora no haya cubierto el riesgo sino durante una parte de ese tiempo, según el numeral 40 de la ley en análisis.

## **RECHAZO DEL PAGO DE LA PÓLIZA.**

### **3.1.1. Nulidad del contrato por riesgo desaparecido o siniestro producido.**

En materia de seguros, existe el principio de la buena fe, es por eso que el artículo 45 de la ley citada establece la nulidad del contrato cuando el siniestro se realice o bien cuando la cosa asegurable desaparece, ambos al momento de celebrar el contrato. En este supuesto existe la retroactividad, siempre y cuando exista la manifestación de la voluntad de las partes contratantes (buena fe). Pero si la compañía de seguros conoce la inexistencia del riesgo que fue asegurado, pierde todo derecho a recibir primas y el reembolso de los gastos que fueron generados; y si lo es el contratante, pierde todo derecho de restitución de primas y queda obligado al pago de los gastos.

En el estudio del artículo precedente se analizaron los supuestos legales precedentes cuando al momento de la celebración del contrato el riesgo desapareciera o bien, el siniestro se realizara. Por otra parte, el artículo 46, menciona que si después de la celebración del contrato de seguro, el riesgo fuese inexistente, se vuelve de pleno derecho, esto es, debiéndose pagar la prima que corresponda por el año en curso, el mismo artículo marca una excepción y es que si los efectos del contrato de seguro entran en un momento posterior a la celebración del contrato de seguro, y en ese intervalo desapareciera el riesgo, la empresa aseguradora sólo tendrá en derecho de cobrar el reembolso los gastos que se hayan generado.

Como una crítica al artículo 46 LSCS, en opinión de esta tesista, no debería imponer la obligación de cubrir la prima del año en curso, ya que no necesariamente un contrato se celebra por ese periodo. Lo que el artículo debería considerar es el plazo y la forma de pago que esta estipulada dentro del contrato; ya que habría que considerar que no siempre se contrata por un año y en ocasiones existen pagos parciales o fraccionados, y tendría que considerarse la posibilidad de reembolsar la parte proporcional de las primas pagadas, lo cual podría darse de manera equiparable a lo que estipula el artículo 51, en el cual se contempla la posibilidad de regresas las  $\frac{3}{4}$  partes de las primas ya pagadas, en el supuesto de omisiones o inexactas declaraciones, lo cual provocaría la rescisión unilateral.

### **3.1.2. Por omisiones o inexactas declaraciones.**

Regreso a un principio fundamental del contrato de seguros, y es, como ya lo había mencionado, la buena fe, es decir que el asegurado tiene la obligación de proporcionarle a la empresa de seguros toda la información que le sea de importancia para poder considerar la posible realización de un riesgo, o bien si después de haber contratado un seguro suceden acontecimientos que pueden variar las condiciones del riesgo asegurado se debe dar aviso a la empresa aseguradora, de lo contrario la ley la faculta, dentro de su artículo 47, para poder declarar la rescisión del contrato, esto se da de pleno derecho. Al respecto, el doctrinario Halperin, en su obra "Seguros" cita al jurista Parella, mencionando que al tratarse de un contrato aleatorio en el que basta la simple reticencia de una de las partes hacia la otra, sobre circunstancias que pueden hacer aparecer más o menos probable la realización de ese hecho, al que se confía la ventaja o desventaja económica de la relación, para que turbe esa paridad de condiciones, que es el secreto de la licitud de las negociaciones, por lo que la información se debe de proporcionar de la manera más completa que resulte posible, esto es para que el asegurador pueda hacer el examen y clasificación del riesgo.

El artículo 49, dice señala que cuando se trate de varias cosas o personas aseguradas, únicamente se declarará la rescisión por lo que hace al objeto o persona del cual se dio una omisión o inexacta declaración, esto es, no se puede declarar la rescisión de los objetos o personas que en los que no existe la omisión o inexacta declaración.

El autor Stiglitz, define a la reticencia, como aquello en que "el asegurando silencia la verdad, omitiendo circunstancias relevantes, lo que entendemos como omisión. En cuanto a la falsedad en la manifestación implica una declaración distinta de la realidad."

Sin embargo, existen algunas excepciones contempladas dentro del artículo 50, por las cuales la compañía de seguros, no puede rescindir el contrato alegando una omisión o una inexacta declaración, como se ve a continuación:

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

*I.- Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración;*

*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”.*

El tratadista Halperin, establece que si existe una omisión o inexacta declaración de hechos, esta debe de hacerse de manera culposa, es decir se exige saber, o deber saber. No se puede declarar cuanto se ignora sin negligencia, afirma que este tipo de reticencia o falta de declaración se puede dar cuando no se declaran circunstancias importantes, y se juzgan carentes de importancia, o bien, se declara cuando se cree ser la verdad, o cuando media negligencia para conocer o para llevar el dato a conocimiento del asegurador.

Se comprende en el artículo 51 de la ley citada, los casos en que la compañía de seguros tiene derecho a conservar la prima, si es que se dio una rescisión unilateral bajo los supuestos que marca el artículo 47 de la ley en estudio, o bien, si sólo tiene derecho a un reembolso de los gastos que se hayan efectuado. De igual manera, estipula que en el caso de que la prima se hubiere realizado anticipadamente la empresa deberá restituir tres cuartas partes de de las primas que correspondan a periodos futuros.

### 3.1.3. Por agravación esencial del riesgo.

Otro rechazo se da en el supuesto de que el asegurado no comunicara a la aseguradora la agravación esencial del riesgo dentro de las veinticuatro horas en que se tengan conocimiento de las mismas, según lo contempla el artículo 52 de la referida ley al establecer:

*“ARTICULO 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”.*

En cuanto a la agravación esencial del riesgo, el doctrinario Halperin, menciona los hechos que deben de informarse, establece que es menester que la circunstancia agrave efectivamente el riesgo; los hechos inocuos no deben de informarse, si existiese duda, o no se mencionó en el contrato, se interpreta contra el asegurador, porque ese silencio no puede funcionar como una trampa para el asegurado, que tiene derecho a creer que carece de importancia.

Para poder entender mejor el significado de la agravación esencial del riesgo, la ley multicitada, en el artículo 53, estipula que se presumirá:

*“ARTICULO 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”.*

En cuanto al concepto de la agravación del riesgo, el licenciado Sánchez Flores, la define como la situación que se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista.

El artículo 54 de la citada ley, dispone que en el contrato de seguro se pueden pactar obligaciones que al asegurado para poder atenuar el riesgo o impedir su agravación. Lo anterior, en mi opinión, no debería quedar estipulado en el contrato, sino que debería ser una obligación legal del asegurado, tratar de conservar el bien a fin de evitar que se realice el riesgo, pues el está salvaguardando su patrimonio, y en algunos casos hasta su vida o salud.

Si el asegurado no cumple con esas obligaciones de impedir la agravación del riesgo o atenuarlo, la 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, de conformidad con el artículo 55 de la LSCS.

El mismo precepto y el siguiente (55 y 56) señalan que una vez que la aseguradora, por cuestiones de agravación esencial del

riesgo haya rescindido el contrato, sólo tendrá responsabilidad ante el asegurado durante los quince días siguientes en que haya sido notificado éste, lo que implica que la rescisión surte efectos al concluir el plazo indicado.

En el artículo 49 existe una similitud con relación al artículo 57 ambos de la ley citada, en cuanto a que si el seguro abarca varias cosas o personas, sólo quedará en vigor por lo que no afecte la agravación del riesgo, siempre y cuando el asegurado pague la prima correspondiente.

Por regla general la aseguradora tiene la obligación de responder en caso de siniestro por todas aquellas consecuencias que tengan el carácter del riesgo y que hayan sido estipuladas en el contrato, al menos que se haya manifestado dentro del contrato de manera expresa y precisa que no cubriría determinadas consecuencias (artículo 55 de la LSCS).

Es decir, que la empresa aseguradora, tiene la obligación de responder en caso de que se realice el siniestro, por todos aquellos acontecimientos ocurridos a consecuencias de la realización del riesgo, y no puede argumentar que el no pago o el pago proporcional, o en su defecto una reparación parcial de un daño ocurrido a consecuencia de la realización del siniestro, a no ser que la consecuencia esté excluida de manera precisa determinados acontecimientos.

En el artículo 61, retomo lo dispuesto en los artículos 49 y 57 de la ley que ocupa, es decir, se establece que en el caso de que se aseguren varios riesgos, el seguro quedará vigente en cuanto a los bienes o personas en que no se haya incurrido en omisiones o inexactas declaraciones, o también por la agravación, siempre que se demuestre que la empresa aseguradora habría asegurado separadamente aquellos riesgos en condiciones idénticas a las convenidas.

En relación a lo anterior, la ley le establece al asegurado la obligación de pagar a la compañía de seguros todas aquellas primas que resulten ser mayores que se deban eventualmente conforme a la tarifa que le corresponda, esta obligación que se le impone al asegurado deberá de ser cumplida para que el contrato de seguro pueda seguir subsistiendo, en términos del artículo 62 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Mientras tanto, el artículo 63 de la ley en estudio, establece que la aseguradora tiene la facultad para poder rescindir el contrato de seguro, en el supuesto de que el asegurado realice ciertos hechos que agraven de manera esencial la naturaleza del riesgo, aún cuando estas circunstancias no lleguen a transformarlo. Dicha rescisión deberá ser notificada dentro de los quince días que corren a partir de que la empresa tuviere conocimiento de los cambios de circunstancias, este plazo se encuentra comprendido dentro del artículo 64.

Por su parte, el artículo 65 de la ley multicitada, precisa que si en el periodo de vigencia del seguro se llegasen a modificar las condiciones generales en contratos que se traten del mismo género, se le pueden llegar a aplicar nuevas condiciones, siempre y cuando no represente para la empresa una prestación más elevada, ya que de ser así, el asegurado tendrá la obligación de cubrir el equivalente que le corresponda.

#### 3.1.4. Por falta de aviso oportuno del siniestro.

El asegurado o beneficiario, tienen conforme al artículo 66 de la ley citada, la obligación tan pronto tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, debe ponerlo en conocimiento de la aseguradora. Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

De incurrir en incumplimiento de lo que estipulado en el artículo 66, la ley faculta a la aseguradora para reducir la prestación correspondiente hasta la suma que habría importado para el caso de que el aviso se hubiere dado de manera oportuna. Esto a mi consideración faculta a la empresa de seguros para actuar de manera arbitraria y pone en un estado de indefensión al beneficiario o al asegurado, ya que el empresario de seguros tiene libertad para aplicar los criterios que ella crea convenientes, logrando así poder evitar de manera sustancial el pago. Si bien es cierto, es una sanción que se le impone al asegurado por no haber dado en tiempo el aviso que le impone la ley acerca del siniestro, también lo es que el asegurado lo que trata es proteger su patrimonio o su integridad personal, pero los legisladores dejaron en total estado de indefensión al asegurado al darle total facultad a las empresas aseguradora para poder aplicar sus criterios a su arbitrio.

*“ARTICULO 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente”.*

Por otra parte, resulta distinto si es que el asegurado omite dar oportunamente el aviso del siniestro para ocultar información que le resulte de importancia a la empresa para poder proceder al pago, pues ahí se incurre en mala fe, y bajo esa situación queda exenta la empresa aseguradora de cumplir con las obligaciones estipuladas en el contrato, lo cual se contempla en el artículo 68, el cual establece:

*“ARTICULO 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro”.*

Cabe decir que, existen dos excepciones en cuanto al plazo de cinco días para dar el aviso del siniestro, y que son las de los seguros de granizo y ganado en los que el aviso debe darse dentro de las veinticuatro horas de conformidad con lo que regulan los artículos 131 y 133 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

#### 3.1.5. Por hacer incurrir a la aseguradora en error.

De igual manera, se excluye a la empresa de seguros de todas las obligaciones que hayan sido pactadas en el contrato de seguro, en el supuesto que marca el artículo 70, el cual establece que si el asegurado o el beneficiario, realizan actos, o bien, realizan u omiten alguna declaración sobre los hechos que puedan llegar a excluir o restringir las obligaciones, de manera dolosa, siendo así que la ley libera de sus obligaciones a la aseguradora, de acuerdo con dicho precepto, el que indica que: *“Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior”.*

#### 3.1.6. En caso de dolo del asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes.

El dolo está comprendido en los artículos 60, 77 y 88 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, como regla general, e inclusive de manera especial en el seguro de daños en su artículo 95.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro y Código de Comercio no definen el dolo.

Etimológicamente la palabra dolo viene del latín *dolus*, astucia, fraude, engaño.

El diccionario de la Real Academia Española, define al dolo como: *“2. m. Der. Voluntad deliberada de cometer un delito a sabiendas de su ilicitud. 3. m. Der. En los actos jurídicos, voluntad maliciosa de engañar a alguien o de incumplir una obligación contraída. ~ bueno. 1. m. Der. Sagaz precaución con que cada cual debe defender su derecho. ~ eventual. 1. m. Der. El que concurre en el autor de un delito que no pretende cometerlo directamente, aunque ha considerado su posibilidad como resultado de su acción. ~ malo. 1. m. Der. El que se dirige contra el justo derecho de un tercero. poner ~ en algo. 1. loc. verb. Interpretarlo maliciosamente”.*

El artículo 1815 del Código Civil Federal, aplicado supletoriamente a la materia mercantil en términos de los artículos 2° y 81 del código de Comercio señala que: *“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;...”.*

De lo anterior, se advierte que el concepto de dolo tiene común denominador el engaño que lleva a una persona a contratar con una falsa concepción de la realidad.

#### **En la agravación del riesgo**

El artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro regula que: *“ARTICULO 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas”.*

#### **En la realización del siniestro**

Este tema se encuentra regulado como norma general en el artículo 77 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el cual dispone que: *“ARTICULO 77.- En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes”.*

Por su parte, el autor Stiglitz, establece que *“...si el evento dañoso es provocado dolosamente por el tomador, asegurado o beneficiario, según el caso, deja de ser incierto. En efecto, técnicamente el riesgo queda eliminado como posibilidad y este elemento queda sustituido por el de certeza”.*

#### **Al momento de celebrarse el contrato de seguro de daños por riesgo desaparecido o siniestro producido.**

El artículo 88 de la ley mencionada, refiere la nulidad del contrato de seguro si es que al momento de la celebración del contrato, el bien que esté asegurado perece o desaparecen los riesgos a que estaban expuestos, se tendrá que rembolsar al asegurado la cantidad que corresponda a las primas pagadas pero con la deducción de todos aquellos gastos que hayan sido realizados por la

aseguradora.

Si se demuestra que alguna de las partes actuó dolosamente, la ley impone como sanción, la obligación de pagar la cantidad igual al doble de la prima que corresponda por un año, ese pago deberá hacerse a la otra parte.

Este artículo es muy similar al 45 del mismo ordenamiento y en ambos casos el contrato será nulo.

### **En el supra seguro**

En el supuesto, de que se llegase a celebrar un contrato por una cantidad superior al valor real de la cosa que le corresponda a la cosa asegurada y se demuestre la existencia de dolo de alguna de las partes, la otra parte tiene el derecho para poder demandar u oponer la nulidad del contrato y pedir una indemnización por concepto de daños y perjuicios.

De no existir o de no comprobarse el dolo, el contrato será válido hasta por la cantidad que le corresponda al valor real de la cosa, y sólo a petición de cualquiera de las partes se podrá disminuir la suma asegurada. Le corresponde a la empresa de seguros las primas vencidas y la prima que corresponda al periodo en curso al momento del aviso al asegurado, pero de ninguna manera la aseguradora tendrá derecho a las primas por el excedente.

Lo que sanciona la ley es la actitud engañosa para obtener una cantidad mayor al valor real de la cosa de presentarse el siniestro.

Lo anterior se encuentra regulado en el artículo 95 de la ley en estudio.

3.1.7. En caso de mala fe del asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro y el Código de Comercio no definen la mala fe.

Ambas palabras tampoco se encuentran comprendidas desde el punto de vista etimológico ni gramatical.

El artículo 1815, in fine, aplicable supletoriamente a la materia mercantil de conformidad con los artículos 2° y 81 del Código de Comercio menciona que: "...y por mala fe, la disimulación del error de uno de los contratantes, una vez conocido".

Mientras en el dolo una de las partes por sugerencias o artificios induce a la otra parte al error, en la mala fe en contratante lo disimula, es decir, encubre u oculta algo.

La mala fe está comprendida en los artículos 60 y 77 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por lo que le son aplicables las mismas reglas del dolo anteriormente analizadas.

3.1.8. En caso de culpa grave del asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes.

El artículo 78 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, refiere a la culpa del asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes en la realización del siniestro, estableciendo que la aseguradora se encuentra obligada a responder sobre el siniestro que haya sido generado por culpa en tales términos, pero admite la cláusula que libera a la empresa de seguros de su responsabilidad de pagar ante el siniestro que se haya generado por culpa grave. Esto significa que si en una póliza de seguros o en sus condiciones generales no existe la cláusula que libere a las aseguradoras para responder en caso de que el siniestro sea producido por culpa grave del asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes, la compañía de seguros debería de cubrir la indemnización generada. La falta de definición de la ley de culpa grave origina en ocasiones abusos de las aseguradoras por medio de sus ajustadores, sobre todo en el seguro de automóviles, en el que alegando la culpa grave, e inclusive la sola culpa del conductor niegan el pago de la póliza, no obstante que en caso de culpa siempre deben pagar y en el de culpa grave debe estar estipulado en el contrato.

Es por ello, que considero se debe tomar más cuidado en la aplicación de este artículo y hacer una distinción entre culpa y culpa grave, ya que resulta un gran conflicto el no poder exigir el pago de una póliza a la cual se tiene derecho en el caso de no haber incurrido en culpa grave, por el simple hecho de estar a lo dispuesto en un Reglamento de Tránsito que no establece en ninguna de sus partes la diferencia entre culpa y culpa grave, entonces por qué permitir que un ajustador que es contratado por una empresa privada, determine sobre el patrimonio de un asegurado, afectando de manera directa al contratante cuando debería de protegerlo y tratar en todo momento que se vea afectado de la menor manera, porque un ajustador va a interpretar una ley, cuando no está facultado para ello.

Es más, el ajustador contratado por la empresa de seguros en la mayoría de las ocasiones en lugar de tratar de solucionar el problema en el momento, simplemente evita trabajar y de una manera muy sencilla simplemente acompaña a los sujetos que están implicados en la coalición a la agencia del Ministerio Público, provocando así, una afectación más, el seguir un proceso penal en el cual se afecta aun más el patrimonio del asegurado, pues no solo invierte tiempo sino también representa un gasto seguir con el

proceso en cuanto a las diversas comparecencias que tenga que realizar. Es mas, en ocasiones los daños son menores a los gastos que se generan por la atención de la indagatoria penal y posiblemente su proceso, incluyendo amparos.

Dentro del proceso penal también tiene la desventaja de ser representado por abogados de las aseguradoras, los cuales no tienen mayor compromiso en su trabajo lo cual representa una defensa insuficiente y hasta cierto punto mediocre y conformista. Sin mencionar, las relaciones de amistad que mantienen dentro de la agencia del Ministerio Público, con lo que no solo el asegurado se somete a una defensa pasiva sino que el abogado que mejores relaciones mantenga, es al que mayor favor le corresponda. Después de un largo y tedioso proceso resulta que la gran mayoría de las veces el seguro paga, claro con una actitud triunfante de los abogados, aun sabiendo que no necesitan de gran conocimiento sino de grandes relaciones. Es triste ver todas las molestias que ocasionan las empresas de seguros al no sujetarse a la ley y simplemente pagar lo que por corresponde según la **ley** no según un **reglamento**, que además ni la ley ni el reglamento, en ninguna de sus partes les atribuye a los ajustadores o a las empresas de seguros la facultad para decidir si fue culpa o culpa grave, pues ni el propio derecho establece tal diferencia.

El doctrinario Stiglitz, menciona dentro de su obra que:

*“...la culpa grave es una negligencia, imprudencia o impericia extremas, no prever o comprender lo que todos prevén o comprenden, omitir los cuidados más elementales, descuidar la diligencia más pueril, ignorar los conocimientos más comunes.*

*Y específicamente en el ámbito del seguro se afirma que hay culpa grave ´ si el asegurado omite las ordinarias cautelas de que hubiera usado si no se hallara resguardado por el seguro; si es culpable de la falta absoluta de vigilancia que suelen poner aun las personas menos prudentes ´.*

*O, como se tiene expresado, la culpa grave deriva de una conducta u omisión tan apartada de las pautas normales de comportamiento que el resultado dañoso aparece como predecible.*

*Como se advierte, la noción de culpa grave porta su acento en la intensidad o magnitud de la infracción cometida, siendo un concepto relativo, apreciable con estricto rigor y, en consecuencia, cualitativo más que cuantitativo. La conducta del agente crea una mayor gravedad de riesgo pues, excediendo el comportamiento humano medio del sujeto ordinario y reflexivo, origina una evidente probabilidad de provocar siniestros”.*

3.1.9. En caso de culpa del asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes.

En el artículo 75 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se establece que la aseguradora no podrá exigir que se sancione al asegurado o a sus causahabientes en caso de que alguno de ellos haya incurrido en culpa en el momento en que se hayan generado dichos incumplimientos.

Con lo anterior se protege tanto a los causahabientes como al asegurado para que la empresa de seguros argumente la existencia de un incumplimiento, aunque se tiene que demostrar que existió la culpa. No obstante que la ley es clara en cuanto al pago de la póliza aun cuando exista culpa del asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes en la realización del siniestro, es común que las compañías aseguradoras nieguen el pago cuando existe dicha culpa, lo que implica un desconocimiento al artículo citado o una violación consciente al mismo.

3.1.10. En aquellos casos en que las pérdidas y daños son causados respecto de las personas de las cuales es civilmente responsable el asegurado.

La ley establece que la institución de seguros debe de responder por aquellas pérdidas o los daños que hayan sido generados a causa de las personas que son civilmente responsables del asegurado, como serían los daños ocasionados por el hijo menor de edad del asegurado o sus empleados, pero con el detalle de que admite la cláusula que libera de toda responsabilidad a la aseguradora en caso de que se haya incurrido en culpa grave, volviendo al mismo problema que ya se ha comentado, ¿cuál es el criterio que se va a tomar para distinguir entre culpa y culpa grave y qué tipo de sujeto es el que va a ser el encargado de aplicarlo y cuántas afectaciones le va a generar a los asegurados?.

Por parte de las aseguradoras es urgente que se establezca un criterio para la interpretación de estos artículos, para evitar el abuso de las empresas de seguros, es urgente ponerle un alto a las compañías de seguros que por este tipo de lagunas legales en lugar de cubrir siniestros y cumplir con sus obligaciones, atentan de manera directa contra el asegurado, como si no fueran sus clientes quienes generan sus ingresos y son tratados como contrarios, atentando de esta manera contra los intereses del contratante.

De seguir ocurriendo estos abusos por parte de las empresas de seguros, quien va a asegurar contra los daños y perjuicios que generan las compañías de seguros.

Sería conveniente eliminar la posibilidad de que las compañías aseguradoras puedan pactar la liberación de su responsabilidad en los casos de los daños ocasionados por personas de las que son civilmente responsables los asegurados.

3.1.11. En aquellos casos en que el siniestro se cause en cumplimiento de un deber de humanidad.

Entre los supuestos que establece el artículo 58 de la ley en estudio, encuentro una excepción para que la agravación del riesgo no produzca los efectos que ya han sido analizados en el presente trabajo, la cual se encuentra en la fracción II, y es precisamente que se haya generado por el cumplimiento de un deber de humanidad.

*“ARTICULO 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”.*

Por otra parte, el artículo 80 de la ley en comento, señala que la aseguradora se encuentra obligada a responder ante un siniestro que haya sido causado en cumplimiento de un deber de humanidad. O sea, la ley prevé dos casos de cumplimiento de un deber de humanidad, el primero, en la agravación esencial del riesgo, y el segundo en la realización del siniestro.

En ambos casos si debe pagar la compañía aseguradora por el daño ocasionado por el asegurado, sus beneficiarios o sus causahabientes en el cumplimiento de un deber de humanidad.

El problema en estos casos consiste en la interpretación de lo que significa el cumplimiento de un deber de humanidad, ya que ni la ley ni la doctrina se han ocupado de definirlo.

Desde un punto de vista particular, este artículo su aplicación es subjetiva, pues cada persona tiene su propia percepción de lo ¿qué es un deber de humanidad, cuándo se debe considerar que fue lo correcto el actuar así y cuándo por los valores inculcados en cada persona justifican o no la realización de un siniestro?. Ante esto, la pregunta que surge aquí, es que el un deber de humanidad. Quizá si una persona considera que provocar un accidente vial fue lo correcto con tal de evitar atropellar a una persona, pero que pasa bajo el mismo supuesto nada más que en lugar de evitar atropellar a una persona, evita atropellar a un animal, para algunas personas resulta que el deber de humanidad es aplicado a ambos casos para otros sólo alguno de los supuestos es válido. ¿Quién es quien va a determinar si se trata de un deber de humanidad y qué fue lo correcto?, la persona que lo determine se verá influencia necesariamente por sus valores y su educación, por lo que se deben unificar criterios y establecerlo de manera clara dentro de este artículo, pues como bien sabemos, este artículo simplemente no es una excusa para las aseguradoras para pagar, por lo que considero necesario exista una regulación al respecto, en la que se establezcan los límites para este artículo, de no ser así, las compañías de seguros seguirán incurriendo en abusos para evitar el pago de algo que realmente le corresponde al asegurado.

### 3.2. Para el seguro de daños o cosas en particular.

Como se ya se ha estudiado en páginas anteriores, la aseguradora se encuentra obligada a responder hasta el límite de la suma asegurada, o bien, hasta el valor real de la cosa, para lo cual las aseguradoras tienen, por ejemplo en el caso de automóviles el denominado “libro azul”, en el cual es una tabla donde se encuentra el valor del mercado, sin poder exceder nunca el pago de la cantidad establecida en el mencionado libro, en otros casos se auxilian de peritos.

Si la empresa de seguros y el asegurado establecieron dentro de la póliza que de ocurrir el siniestro, la institución de seguros se encontraría obligada a responder por aquellas pérdidas del provecho o interés que se hubiere podido obtener de la cosa, la compañía de seguros se encuentra totalmente obligada a cubrir dicha cantidad. Por lo que al momento de establecer dicha condición, se debe ser claro y estipular de manera clara la cantidad por la que se deberá de responder y los criterios que podrán ser usados para poder determinar el valor real de las pérdidas generadas.

El artículo 86 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, dispone que: *“En el seguro contra los daños, la empresa aseguradora responde solamente por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor real asegurados. La empresa responderá de la pérdida del provecho o interés que se obtenga de la cosa asegurada, si así se conviene expresamente”.*

El artículo 87 refiere que el interés asegurado de que trata una cosa de la cual se protege contra su destrucción o deterioro, es el interés asegurado que se presume equivale al que tendría el propietario en la conservación de la cosa.

### **Falta de aviso a otras aseguradoras tratándose de un mismo riesgo y de un mismo interés.**

En el artículo 100 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se estipula que el asegurado puede contratar con varias compañías de seguros, tratándose de un mismo riesgo y de un mismo interés, pero al hacer esto, se obliga a dar el aviso a cada una de las aseguradoras con las que haya contratado, para que tengan conocimiento de la existencia de los otros contratos de seguros. De esta manera se presumirá que se esta actuando de buena fe, y que no se pretende obtener un provecho ilegal, con la contratación de

diversos seguros, ya que de omitir dar el aviso por escrito del número de aseguradoras con las que haya hecho el contrato sobre el mismo riesgo, se presume la mala fe y quedan liberadas las empresas de seguros de responder ante el asegurado, según lo previene el artículo 101 de la ley multicitada.

### **Cambio de dueño de la cosa asegurada.**

Si existiere cambio de propietario de aquél bien asegurado, el adquirente obtendrá todos los derechos y obligaciones que la ley le impone y sean derivadas del contrato de seguro. Por otra parte, resultan obligados solidarios el propietario anterior como el nuevo a realizar el pago de todas aquellas primas que se encuentren vencidas o se hallen con algún pendiente en el pago en el momento en que se dé la transmisión de la propiedad.

Sin embargo, existen dos casos en que el cambio de dueño del bien asegurado no implica responsabilidad de la aseguradora, en primer lugar, en el supuesto de que la transmisión de la propiedad lleve en sí, una agravación esencial del riesgo, y en segundo lugar, en el caso de que el adquirente, dentro de los quince días de la adquisición, manifieste expresamente a la aseguradora la voluntad de no continuar con el contrato de seguro, dichas excepciones se encuentran contempladas en el artículo 108 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Aplican las mismas reglas en caso de que el asegurado se encuentre en quiebra o en concurso y la masa le sucederá dentro del contrato.

### **Por no realizar el asegurado los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño.**

El artículo 113 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro regula que: *“ARTICULO 113.- Al ocurrir el siniestro, el asegurado tendrá la obligación de ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño. Si no hay peligro en la demora, pedirá instrucciones a la empresa aseguradora, debiendo atenerse a las que ella le indique.*

*Los gastos hechos por el asegurado que no sean manifiestamente improcedentes, se cubrirán por la empresa aseguradora, y si ésta da instrucciones anticipará dichos gastos”.*

Enseguida, se realizará el estudio del artículo 113 de la ley en análisis, el cual establece que en el momento en que ocurre el siniestro, el asegurado tiene la obligación de realizar todos aquellos actos que tengan por objetivo la disminución o evitar el daño, como un comentario, si ocurrió el siniestro es porque ya se generó el daño y el acontecimiento futuro e incierto previsto en el contrato, por lo que resulta ilógico el que el legislador hable de evitar un siniestro el cual bajo la hipótesis de este artículo ya se generó. Dentro del mismo párrafo, también establece que salvo que no exista algún peligro que a mi parecer debe resultar inminente, se deberá de solicitar al empresario de seguros, las instrucciones necesarias para la disminución o bien para “evitar” el daño, debiéndola obedecer en todas y cada una de las instrucciones dadas. En caso de que el asegurante realizará algún gasto que no sea “notoriamente” improcedente, la institución de seguros se encargará de cubrir dichos gastos, hago la mención que es una posición muy cómoda hablar de una acción “notoriamente” improcedente, y la pregunta sería que es notoriamente, si sabemos que al ocurrir un siniestro lo que mas tratamos es de proteger nuestros bienes y obviamente tomaremos las medidas necesarias, pero pues la aseguradora talvez, se respalde en el “notoriamente” para poder eludir el pago, ya que las medidas que una persona pueda a llegar a considerar necesarias, pues no lo sería para la compañía aseguradora. Nuevamente se deja abierto un espacio en la ley para que las compañías de seguros puedan interpretar la ley y aplicarla a su conveniencia, por lo que sería necesario que se regulara las limitaciones de las acciones y gastos que debe tener el asegurado para proteger los bienes dentro de la póliza de seguros, así se evitaría un posible abuso tanto del asegurado o beneficiario como de la aseguradora.

El siguiente artículo a analizar es el 114, que tienen problemas de interpretación de igual naturaleza al del 113, ya que establece que salvo que se cuente con la autorización de la empresa el asegurado se encuentra impedido de modificar el estado de las cosas en que ocurrió el siniestro, pero marca dos grandes excepciones, la primera, en caso de que se trate de interés público, y la segunda que se traten de actos dirigidos a “evitar” o disminuir el daño.

La incertidumbre en este artículo, es el cómo es posible que el legislador hable de evitar un daño cuando sin uno no existe el otro. Otro punto es, a que se refiere con interés público, porque es muy amplia y a la vez puede llegar a ser tan restringida dicha definición. Poniéndonos un poco en el lugar del asegurado, hay que pensar que cuando a una persona le ocurre una eventualidad que le está afectando económica entre muchos otros aspectos personales, lo menos en lo que una persona se va a poner a analizar es si trata de proteger su patrimonio, sus bienes, lo va a hacer por cuestiones de orden público. En ese orden de ideas, la ley y las aseguradoras deberían de ser más flexibles al establecer este tipo de disposiciones y reglas que a mi punto de vista llegan a caer en lo absurdo.

Pues del análisis hecho de los artículos 113 y 114, resulta que si el asegurado quebranta la obligación de disminuir o evitar el daño o de invariar el estado en que se encontraban las cosas al momento del siniestro, la ley generosamente le establece a las aseguradoras que sólo pueden llegar a reducir la indemnización hasta aquel valor a que podría llegar a ascender si el asegurado hubiere sido tan amable de cumplir con las obligaciones establecidas por esta ley, pero todavía más, si lo hizo con intención fraudulenta, simplemente se le priva de los derechos que tenga hacia la empresa.

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

### 3.2.1. En caso de pérdidas o daños causados por vicio intrínseco de la cosa.

Para que la institución de seguros responda por aquel daño o pérdida que se haya generado por la existencia de algún vicio intrínseco de la cosa, es necesario que se estipule el pacto en contrario, este pacto en contrario por conveniencia de la aseguradora, difícilmente estará incluido en una póliza de seguros.

Lo anterior, se encuentra apoyado en el artículo 98 de la ley citada que señala que: *“Salvo pacto en contrario la empresa aseguradora no responderá de las pérdidas y daños causados por vicio intrínseco de la cosa”*.

El segundo y último artículo, que procederé a estudiar dentro del presente tema, es aplicable únicamente al seguro de transporte terrestre, el cual se encuentra regulado en el artículo 142, en donde se establece que se cuentan con veinticuatro horas a partir de que se le haya notificado a la aseguradora por parte del asegurado que los bienes objeto del seguro han llegado al lugar que fue acordado para la entrega, mencionando que este término es con la finalidad de que la institución de seguros justifique judicialmente el estado en que se encuentran los efectos asegurados, ya que de no realizarse la justificación que le impone el artículo en estudio, queda impedida por ministerio de ley a presentar cualquier excepción que tenga el propósito de eximirse de la responsabilidad que adquiere como compañía de seguros.

Los vicios internos o de la cosa por el trascurso del tiempo no se encuentran definidos en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y el Código de Comercio.

Las palabras “vicios intrínsecos” no se encuentran de manera conjunta definidas en la Enciclopedia Jurídica Omeba, en el Diccionario Jurídico Mexicano, por ello acudo a su definición etimológica y gramatical por separado:

*“vicio. (Del lat. vitium) 1. m. Mala calidad, defecto o daño físico en las cosas. 2. m. Falta de rectitud o defecto moral en las acciones. 3. m. Falsedad, yerro o engaño en lo que se escribe o se propone. Vicios de obrepción y subrepción. 4. m. Hábito de obrar mal. 5. m. Defecto o exceso que como propiedad o costumbre tienen algunas personas, o que es común a una colectividad”*.

*“intrínseco, ca. (Del lat. intrinsecus, interiormente).1. adj. Íntimo, esencial”*.

### 3.2.2. En caso de pérdidas o daños causados por guerra extranjera.

El artículo que estudiaré a continuación ayudará a entender no sólo el presente tema, sino también a comprender el contenido de los siguientes subincisos.

El artículo 99 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro dispone que: *“La empresa aseguradora no responderá de las pérdidas y daños causados por guerra extranjera, guerra civil, movimientos populares, terremoto o huracán, salvo estipulación en contrario del contrato”*.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Código de Comercio ni el Código Civil Federal definen la guerra extranjera.

Desde el punto de vista del artículo 89 fracción VIII de la Carta Fundamental, un requisito sine qua non para que exista guerra extranjera es que el Presidente de la República la declare, previa ley del Congreso de la Unión.

### 3.2.3. En caso de pérdidas o daños causados por guerra civil.

De igual manera, el artículo 99, deja abierta la posibilidad de poder pactar el pago de los daños y pérdidas que hayan sido generados a causa de guerra civil.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Código de Comercio ni el Código Civil Federal definen la guerra civil.

Se denomina guerra civil a cualquier enfrentamiento bélico cuyos participantes no son en su mayoría fuerzas militares regulares, si no que están formadas u organizadas por personas generalmente de la población civil. Su característica más común es que el conflicto armado se desarrolla en un mismo país, enfrentándose entre sí personas de un mismo lugar: ciudad, pueblo, comunidad... defendiendo, generalmente, dos ideologías o intereses distintos. En esta conflagración, llega a veces la intervención de unidades extranjeras de distintos países, incluso, ayudando o colaborando con los distintos bandos de esa misma guerra civil, cuyos

individuos llegan a ser voluntarios civiles que apoyan la ideología del bando seleccionado.

#### 3.2.4. En caso de pérdidas o daños causados por movimientos populares.

En el caso de los movimientos populares, se encuentra regulado en el artículo 99, el cual nuevamente estipula que la aseguradora de seguros no se encuentra obligada a realizar el pago de las pérdidas o daños que hayan sido generadas por movimientos populares, siempre y cuando no exista estipulación en contrario, ya que de existir ésta si se encuentra obligada la institución de seguros a responder.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Código de Comercio ni el Código Civil Federal definen movimientos populares.

Algunas pólizas, no la norma jurídica, llegan a definir lo que son los movimientos populares, lo que se analizará en el capítulo siguiente.

Los “movimientos populares” es un tema que se encuentra dentro de las ciencias políticas y sociales, y sin que exista una definición de movimiento social, lo que si se sabe es que dentro de los mismos se encuentran los movimientos indígenas, campesinos, sociales y populares siendo un componente importante el esfuerzo por la resistencia. Los movimientos sociales se pueden componer por sectores populares y pobres, campesinos e indígenas.

En México, se menciona como un movimiento popular el de los acontecimientos ocurridos el tres y cuatro de mayo del dos mil seis, en los municipios de Texcoco y San Salvador Atenco.

#### 3.2.5. En caso de pérdidas o daños causados por terremoto.

Si se contrata un seguro que cubra daños y pérdidas generadas por un terremoto, estaríamos en presencia de la excepción que marca la Ley Sobre el Contrato de Seguro, dentro de su artículo 99, en vista de que en principio no admite la responsabilidad de las aseguradoras, pero establece de manera clara que puede establecerse el pacto en contrario para poder celebrar dicho contrato.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Código de Comercio ni el Código Civil Federal definen terremoto.

A los terremotos también se les conoce como seísmo, sismo o temblor de tierra, los cuales son una sacudida del terreno que se produce por choque de las placas tectónicas y por la liberación de energía en el curso de una reorganización brusca de materiales de la corteza terrestre al superar el estado de equilibrio mecánico. Los más importantes y frecuentes se producen cuando se libera energía potencial elástica acumulada en la deformación gradual de las rocas contiguas al plano de una falla activa, pero también pueden ocurrir por otras causas, por ejemplo en torno a procesos volcánicos, por hundimiento de cavidades cársticas o por movimientos de ladera.

#### 3.2.6. En caso de pérdidas o daños causados por huracán.

Finalmente, el artículo 99 de la ley citada, dentro de los seguros que no se encuentra obligada a responder por pérdidas o daños, se encuentran los que hayan sido generados por un huracán, y nuevamente encontramos que se puede convenir en contrario.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Código de Comercio ni el Código Civil Federal definen huracán.

El huracán se conoce como ciclones tropicales de núcleo caliente. Son sistemas de baja presión con actividad lluviosa y eléctrica cuyos vientos rotan antihorariamente en el hemisferio Norte. Un ciclón tropical con vientos menores o iguales a 62 km/h es llamado depresión tropical. Cuando los vientos alcanzan velocidades de 63 a 117 km/h se llama tormenta tropical y, al exceder los 118 km/h en un minuto, la tormenta tropical se convierte en huracán.

#### 3.2.7. En los seguros de daños regulados en la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Son seis los seguros contra daños regulados en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, los que se analizarán en cuanto a casos legales en que la aseguradora puede rechazar el pago de una póliza de seguros.

### **Seguro contra incendio**

En el seguro contra incendio, la aseguradora tiene la obligación de indemnizar los daños y pérdidas que hayan sido causadas por incendio, explosión, fulminación o accidentes que sean de naturaleza semejante, según lo refiere el artículo 122, haciendo notar que la ley no es clara en este artículo al no definir que se puede entender por “naturaleza semejante”, dejando abierta la posibilidad de interpretar, pudiendo ocasionar diversos conflictos para las partes contratantes, pues puede llegar a utilizarse desfavorablemente para cualquiera de las partes.

Por regla general, la sociedad de seguros sólo responderá por los daños que hayan sido ocasionados por incendio o principio de incendio, es decir que no se hará responsable por los daños o pérdidas que se generen por la acción del calor, o por el contacto directo e inmediato con el fuego, admitiendo pacto en contrario, según lo establecido por los artículos 123 y 124 de la ley citada, teniendo como ejemplo de lo anterior el horno de una panadería el que sólo sería objeto del seguro si está cubierto expresamente.

No me parece que estos artículos resulten claros, debido a que el Diccionario de la Real Academia Española, define incendio como: “Fuego grande que destruye lo que no debería quemarse”, por lo que no se puede diferenciar de un fuego grande, o bien de un incendio de un principio de incendio, pues cada individuo tiene su propia percepción de “grande”. Finalmente quien va a determinar si se trata de un incendio o principios de incendio va a ser el empresario de seguros, quien lo hará según sus intereses, ya que ni la ley ni el significado literal de la palabra “incendio”, dan si quiera una idea en donde podamos despejar la distinción entre uno y otro.

La aseguradora en este tipo de seguros sólo responderá de los daños materiales que resulten directamente del incendio o del principio de incendio, si no hay pacto en contrario, según lo establece el artículo 124 del ordenamiento en referencia.

Por otra parte, la ley establece que se encuentran comprendidos dentro de los daños materiales y directos, las cosas que se contemplen en el seguro por medidas de salvamento, lo que tiene su fundamento en el artículo 125 de la ley en estudio.

De acuerdo con el mismo precepto la aseguradora está obligada a responder sobre aquellos bienes que hayan desaparecido en su totalidad o bien, por su pérdida, siempre y cuando se encuentren asegurados y no se demuestre que sobre dichos bienes ocurrió un robo, entendiéndose que la carga de la prueba respecto al robo corresponde a la institución de seguros.

Los casos en que podría negarse la compañía aseguradora a efectuar un pago de una póliza contra incendio es que demostrara que los objetos asegurados fueran robados, que los daños ocasionados no fueron provocados por incendio, o que no se hubiere dado el incendio o principio de incendio, lo que no está definido en la ley y su interpretación gramatical es muy amplia.

### **Seguro de granizo.**

Este seguro comprende los daños ocasionados por la caída de este meteoro sobre bienes asegurados, y tiene como causa legal para su no pago, quizá la falta del aviso oportuno del siniestro dentro de las veinticuatro horas, se encuentra establecido en el artículo 131 de la ley citada.

### **Seguro de provechos esperados y de ganado.**

El seguro de provechos esperados, resulta lícito siempre y cuando se encuentre dentro de los límites de un interés legítimo, según lo contempla el artículo 129 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Esta disposición se refiere a un seguro de “perjuicios”, que también es conocido en el artículo 129 de la ley en análisis como un seguro de rendimientos probables. El interés asegurable de conformidad con el artículo citado es toda ganancia que estaba contemplada para percibir pero que a consecuencia de la realización del siniestro no pudieron generarse.

En estos seguros se deducirá el valor indemnizable los gastos que no se hayan causados todavía ni deban ya causarse por haber ocurrido el siniestro.

Tocante al seguro de ganado, la aseguradora se obliga a realizar la indemnización de los daños que se hayan ocasionado por razón de enfermedad o de muerte del ganado asegurado, tomándose como interés por la muerte, el valor que tenía el ganado a la venta, en el momento en que ocurrió el siniestro, si se trata de enfermedad, será tomado en cuenta el valor del daño que se realice de manera directa, es decir, los gastos ocasionados por honorarios del veterinario, medicamentos, etcétera, lo que se encuentra regulado en el artículo 132 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En cumplimiento del principio de exquisita buena fe el contratante del seguro de ganado debe cerciorarse de aplicar todas las medidas pertinentes para el cuidado que debe tenerse con el ganado, de lo contrario la ley faculta a la aseguradora de seguros para liberarla de sus obligaciones, según el artículo 134 de la ley multicitada.

En el supuesto de que el ganado adquiera una enfermedad durante la vigencia del ganado y muera en el mes siguiente a la fecha de vencimiento del contrato, si responde la compañía aseguradora, lo que tiene su fundamento en el artículo 135 de la ley en comentario

El Diccionario de la Real Academia Española, define la palabra “ganado” de la siguiente manera: “...3. m. Conjunto de bestias que se apacientan y andan juntas...”. El artículo 136 de la ley en estudio, establece que el seguro no podrá comprender el ganado que sea enajenado singularmente, lo que es entendible de acuerdo con el significado literal de la palabra, resulta lógico que el

ganado comprende la unión de varios animales como lo pueden llegar a ser el bovino, cabrío u ovino, por lo que si se enajena uno ya no formaría parte del ganado, y por lo tanto del contrato de seguro.

Aunado a la definición de ganado, la aseguradora al contratar se generan obligaciones para responder en caso de muerte o enfermedad del ganado, por lo que la ley impide que la institución de seguros rescinda un contrato de seguros por la simple causa de que haya fallecido o hubiere adquirido una enfermedad un animal del ganado que fue asegurado, según el artículo 137 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Con relación al seguro de provechos esperados no existe ninguna causa especial para negar el pago de la póliza, sin embargo, del valor indemnizable pueden deducirse los gastos que no se hayan causado todavía ni que deban causarse. Tocante al seguro de ganado pueden alegarse como causas del no pago de la póliza la falta de cuidado del ganado, la falta oportuna del aviso del siniestro o la enajenación singular del ganado.

### **Seguro de transporte terrestre**

El seguro de transportes terrestres, es uno de los seguros más frecuentes en la actualidad y que muchas veces es contratado de manera accesoria a los servicios de transportación terrestre, es decir, comprende todo aquellos efectos transportables, por aquellos medios que resulten de la transportación, según lo estipula el artículo 138 LSCS.

Este tipo de seguros también comprenden los gastos de las medidas de salvamento (artículo 139 LSCS).

La aseguradora tiene la facultad de subrogarse para accionar en contra de los portadores por los daños de que fueran responsables; ello de conformidad con el numeral 143 de la ley en cita. Esta subrogación es reiterativa de la establecida en el artículo 111 de la misma ley.

Dentro de este seguro en específico, por su naturaleza, encuentro que el asegurado no tiene la obligación de dar aviso a la enajenación de la cosa que se encuentra asegurada ni tampoco tiene la obligación de denunciar la existencia de la agravación del riesgo, según el artículo 144 de la ley en análisis, lo que es entendible dado que no tiene en su posesión los bienes asegurados.

No existe ninguna causa específica legal para negar el pago de la póliza, debiendo destacar que, por el contrario, en estos casos no existe la obligación de avisar la enajenación de la cosa y denunciar la agravación del riesgo.

### **Seguro contra la responsabilidad**

Entiendo que el seguro contra la responsabilidad, es un aquel por el cual una institución de seguros se encuentra obligada a responder en el supuesto de que el asegurado le deba una cantidad a un tercero que haya sido ocasionado por un hecho que genere un perjuicio que haya sido contemplado dentro del contrato, motivo por el cual la compañía de seguros se obligará a responder hasta por el límite de la suma asegurada.

En el caso de que se trate de seguros obligatorios, contemplados en diversas leyes, se obliga la compañía de seguros a cubrir aquellos riesgos que estén asegurados dentro del contrato de seguro, hasta el monto de la indemnización o bien, de las sumas aseguradas individualmente, es decir, por persona o ya sea por bien, y en dado caso los que hayan sido acumulados por evento que estén estipulados dentro de los ordenamientos legales correspondientes, las cuales de no estipularse un monto para la indemnización esta deberá tomarse en cuenta la suma asegurada, o bien estar a lo dispuesto por el artículo 86, para fijar dicha indemnización el cual establece que sólo se responderá por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor real asegurados. Todo lo anterior con fundamento en el artículo 145 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El seguro contra la responsabilidad puede comprender, en términos del artículo 145 bis de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, lo siguiente:

*“a).- Por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza respectiva o en el año anterior, siempre que la reclamación se formule por primera vez y por escrito al asegurado o a la empresa durante la vigencia de dicha póliza, o bien*

*b).- Por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza, siempre que la reclamación se formule por primera vez y por escrito al asegurado o a la empresa en el curso de dicha vigencia o dentro del año siguiente a su terminación.*

*No serán admisibles otras formas de limitación temporal de la cobertura, pero sí la ampliación de cualquiera de los plazos indicados.*

*La limitación temporal de la cobertura será oponible tanto al asegurado como al tercero dañado, aun cuando desconozcan el derecho constituido a su favor por la existencia del seguro, la ocurrencia del hecho generador de la responsabilidad o la materialización del daño.*

*Si se diere la acumulación de sumas aseguradas, será aplicable lo dispuesto por los artículos 102 y 103 de la presente Ley”.*

En el caso de que la sociedad de seguros, responda con la indemnización de alguna responsabilidad en que haya incurrido el asegurado, la compañía se encuentra obligada de igual manera, a cubrir el pago de los gastos que hayan resultado de aquel procedimiento que fue seguido contra el asegurado para solicitar el pago de la indemnización de la responsabilidad en que haya incurrido el asegurado, lo que admite pacto en contrario en términos del artículo 146 de la LSC.

Cuando se firma un contrato de seguros, las aseguradoras ya tienen un formato realizado y resultan escasas las ocasiones en que se modifican las cláusulas ya establecidas por la aseguradora, siendo este un motivo para que dentro de las condiciones del contrato se firme con la estipulación en contrario que admite el artículo 146.

El seguro contra la responsabilidad atribuye el derecho a la indemnización directamente al tercero dañado, quien se considerará como beneficiario del seguro desde el momento del siniestro. En caso de muerte de éste, su derecho al monto del seguro se transmitirá por la vía sucesoria, salvo cuando la ley o el contrato que establezcan para el asegurado la obligación de indemnizar, señale los familiares del extinto a quienes deba pagarse directamente la indemnización sin necesidad de juicio sucesorio. Lo anterior, se encuentra previsto en el artículo 147 de la LSCS, el cual establece a favor de un tercero, ajeno a la celebración del contrato, acción directa en contra de la compañía aseguradora, esto es, quien podría demandar a la institución de seguros sin antes hacerlo en contra del asegurado que le ocasionó un daño en sus bienes o en su persona.

La confesión de la realización de los actos que generaron la probable responsabilidad del asegurado, no le es oponible a la institución de seguros si no dio su consentimiento. Por otra parte, la confesión de la materialidad de un hecho no puede ser asimilada al reconocimiento de una responsabilidad. Todo ello se encuentra contemplado en el artículo 148 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si llegará a suceder que el asegurado indemniza al tercero, ya sea en un parte o de manera total, la aseguradora deberá rembolsar la cantidad que el asegurado haya pagado (artículo 149 LSCS), lo que la ley no menciona de manera expresa son los requisitos que deben cubrirse para tal reembolso, como podría ser el justificante del pago de la cantidad cubierta a razón de la indemnización.

Cuando se contrate un seguro de responsabilidad que conforme a la ley tenga el carácter de obligatorio, estipula el artículo 150 bis, que bajo ninguna circunstancia se podrá cesar en cuanto a sus efectos, rescindir o darse por terminado a la fecha en que se dé la terminación de su vigencia.

Esto es, no habiendo la posibilidad de rescindir el contrato de seguro, la empresa tiene la facultad para exigir el reembolso al asegurado de las cantidades que hayan sido pagadas, esto sucede en el supuesto de que se comprueben inexactas declaraciones o bien, omisiones en las mismas, así como que haya existido la agravación esencial del riesgo sin la notificación debida a la empresa de seguros, conforme a las estipulaciones establecidas en la ley de estudio.

Este seguro tiene una limitación legal para su pago que debe ser fijada en la póliza de seguro, por lo que, la aseguradora podría negar el pago total. La institución de seguros puede negar el pago si el asegurado reconoce un adeudo o celebra una transacción sin su consentimiento. En los seguros obligatorios no puede rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones ni cesarán sus efectos por falta de pago de la prima.

### 3.3. Para el seguro de vida o de personas.

El seguro de vida, es uno de los seguros más comunes y solicitados en la actualidad, los cuales son contratados de manera personal o a través de los patrones, quienes como una prestación laboral convienen esta clase de seguros con sus empleados.

Este seguro tiene por objeto la existencia, salud, vigor vital e integridad personal de los asegurados. Estos son los términos que utiliza la Ley Sobre el Contrato de Seguro en su artículo 151. En la práctica son más conocidos con los nombre de seguros de vida, accidentes y enfermedades, términos que utiliza en parte la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en los artículos 7° y 8° y que además comprende los seguros de pensiones o de supervivencia, salud y gastos médicos.

Cuando el asegurado entrega a la institución de seguros documentos que hagan prueba plena de su edad y no se tenga duda de su autenticidad, la compañía de seguros realizará los actos para que esto quede asentado, es decir, ya sea por medio de la póliza o por algún comprobante, por lo cual, al momento de que se realice el siniestro y fallezca el asegurado no puede pedir nuevas pruebas respecto de su edad, pues la compañía de seguros en su momento se cercioró y aceptó que el asegurado actuaba de buena fe, de conformidad con lo establecido en el artículo 162 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Como se ha tratado en el capítulo correspondiente, quien tiene derecho al pago de la póliza de seguros en caso de muerte del beneficiario, cobrará la sucesión del asegurado si es que la muerte se produjo antes o al mismo tiempo de la muerte de éste, siempre y cuando no exista renuncia del derecho de revocar la designación que ya fue estudiada, o bien que no haya estipulación en contrario, según lo establece el artículo 164 de la ley en estudio.

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

En el supuesto marcado en el numeral 185 de la ley en estudio, establece que cuando el beneficiario de una póliza de seguro de vida, atentara injustamente contra la vida del asegurado, éste perderá todos los derechos sobre la póliza de la cual había sido designada beneficiaria. De igual manera si la persona que contrató el seguro atenta injustamente en contra del asegurado el seguro simplemente resultará ineficaz, pero los herederos del asegurado fallecido tendrán derecho a cobrar la reserva matemática.

Entendiendo la palabra “injustamente” y según el diccionario de la real academia como: “**1.** adv. m. Con injusticia, sin razón.”, y entendiendo como “injusticia”, “(Del lat. *iniustitia*). **1.** f. Acción contraria a la justicia. **2.** f. Falta de justicia.”. Por lo que cualquier acción que vaya en contra del derecho, y que se realice por el beneficiario o por el contratante en contra del asegurado, tendrá como consecuencia la pérdida del derecho que haya adquirido por la celebración del contrato.

Para que la empresa de seguros quede obligada a responder por la póliza de seguro de vida en caso de suicidio, sin importar el estado mental del asegurado o su móvil, es necesario que hayan transcurrido por lo menos dos años de la celebración del contrato, si no ha transcurrido ese tiempo, los beneficiarios o en su caso, la sucesión sólo tendrán derecho de reclamarle a la sociedad de seguros el reembolso de la cantidad que corresponda a la reserva matemática, según lo establece el artículo 186 de la ley ya citada.

Si el accidente ocurrido, le causa una disminución de las capacidades que tenga el asegurado para la realización normal de su trabajo y que haya sido estimada como permanente, se deberá de pagar a manera capital, salvo que exista estipulación en contrario, entonces se cubrirá en forma de renta (artículo 189 LSCS).

En el supuesto de que se contrate un seguro popular, la empresa se encontrará obligada a responder por la muerte o bien, por la duración de la vida del asegurado, por medio del pago de primas que deberán realizarse de manera periódica, para el cual la ley no exige que los asegurados se realicen examen médico, pero la cantidad que se obliga a cubrir la compañía aseguradora, no podrá exceder de la cantidad de cinco mil pesos ya sea en capital, o bien, por el pago correspondiente en rentas, según el artículo 190 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Los seguros denominados de grupo o de empresa, son aquellos que por el hecho de pertenecer a un mismo grupo o empresa, no están obligados a la realización de un examen médico, sólo se obliga al pago de las primas periódicas para que la empresa de seguros se obligue al pago que corresponda por muerte o por duración de la vida que será sobre una persona en específico y no necesariamente para el pago del grupo o empresa, según el artículo 191 de la multicitada ley.

Tanto el seguro de grupo o empresa como el seguro popular, el asegurado se encuentra obligado al pago de las primas durante el primer año, y de estipularse dentro del contrato, puede operar la suspensión de los efectos del seguro o la rescisión de pleno derecho si es que no se realizaren de manera oportuna el pago de las primas correspondientes, lo cual se encuentra regulado dentro del artículo 192, de la ley en estudio.

## CAPÍTULO CUARTO.

### SUPUESTOS CONVENCIONALES PARA LA ACEPTACIÓN O RECHAZO DEL PAGO DE UNA PÓLIZA DE SEGUROS.

En este capítulo se analizarán las causas más frecuentes desde el punto de vista del acuerdo de voluntades para que una institución de seguros pueda negar el pago de una póliza al verificarse la eventualidad prevista en el contrato. De no existir alguna causa legal o convencional para el no pago indemnizatorio por parte de la aseguradora, procederá el mismo.

#### 4.1. Cláusulas excluyentes de responsabilidad más comunes en el seguro de cosas o daños.

Se iniciará este estudio con uno de los seguros más conocidos por los ciudadanos, el de automóviles.

##### 4.1.1. En el seguro de automóviles.

En el seguro de cosas, en la práctica de seguros, es muy común el seguro de automóviles, siendo el que tiene el mayor número de exclusiones para no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato. Me aboco a algunas exclusiones que se en el acuerdo de voluntades, es decir, en la póliza y las condiciones generales del contrato.

El seguro de automóvil, por ser de tan amplia aplicación práctica, resulta muy gravoso para las compañías aseguradoras pagar todos los siniestros que se susciten, por lo que el empresario de seguros busca la manera para pagar la menor cantidad posible de siniestros, apoyándose en las cláusulas excluyentes de responsabilidad.

Del estudio de diversas condiciones generales del contrato de seguro de automóvil, puedo realizar el siguiente análisis:

Al analizar la cobertura del seguro de automóvil encuentro que cubre los daños materiales que se ocasionen al vehículo asegurado y que sean por colisiones y vuelcos; rotura de cristales: parabrisas, laterales, aletas, medallón, quemacocos y sunroof; incendio, rayo y explosión; ciclón; huracán; granizo; terremoto; erupción volcánica; alud; derrumbe de tierra o piedras; caída o derrumbe de construcciones, edificaciones, estructuras u otros objetos; caída de árboles o sus ramas e inundación; actos de personas que tomen parte en paros, huelgas, disturbios de carácter obrero, mítines, alborotos populares, motines o de personas mal intencionadas durante la realización de tales actos, o bien ocasionados por las medidas de represión tomadas por las autoridades legalmente reconocidas con motivo de sus funciones en que intervengan en dichos actos. De igual manera cubre los daños que se ocasionen por su transportación, es decir, ampara aquellos riesgos de varadura, hundimiento, incendio, explosión, colisión, vuelco, descarrilamiento o caída del vehículo asegurado del medio de transporte en el que es desplazado, así como caída del vehículo asegurado durante las maniobras de carga, trasbordo o descarga, así como la contribución por avería gruesa o por cargos de salvamento.

Bajo los riesgos de los daños o pérdidas materiales que recaigan sobre el vehículo asegurado, queda amparado en la póliza, aun cuando dicho vehículo haya sido objeto de hechos que constituyan el delito de abuso de confianza, excepto en aquellos casos en que dicho delito haya sido cometido: por alguna o algunas de las personas que aparecen como aseguradas en la carátula de la póliza; sea cometido por familiares del asegurado; tenga su origen o sea consecuencia de transacciones de compra-venta, arrendamiento o financiamiento del vehículo asegurado; y, tenga su origen o sea consecuencia de cualquier tipo de contrato o convenio mercantil de compra-venta, financiamiento o renta diaria.

La póliza de seguros, en algunas coberturas, sobre todo la limitada, sólo establece la contratación de la pérdida total, la cual es conocida con las siglas "S.P.T.", esta cobertura se conviene por la compañía de seguros y el asegurado, y de ser contratada se establece que aquellos daños materiales que sufra el vehículo asegurado, bajo los riesgos que se encuentren amparados en la cobertura básica de daños (ya descritos), se podrá indemnizar al asegurado, únicamente en el supuesto de que se trate de pérdida total. El criterio para considerar la pérdida total de un vehículo asegurado, se sigue, cuando el importe de la reparación de los daños sufridos por el vehículo asegurado, exceda del 50% de la suma asegurada del vehículo asegurado. Es decir, si el vehículo se encuentra asegurado bajo la cobertura de "S.P.T.", la aseguradora no responde por aquellos daños parciales que sufra el vehículo asegurado, cuyo costo de las reparaciones sea menor al 50% de la suma asegurada del vehículo

En la hipótesis de los remolques, semiremolques y sistema de arrastre dolly solamente quedará amparado el robo del vehículo siempre y cuando se encuentre enganchado al tractocamión. Esta cobertura es válida aun cuando los hechos que den origen al siniestro constituyan el delito de abuso de confianza, excepto en aquellos casos en que la infracción penal haya sido cometida por alguna o algunas de las personas que aparecen como aseguradas en la carátula de la póliza; por familiares del asegurado; tenga su origen o sea consecuencia de transacciones de compra-venta, arrendamiento o financiamiento del vehículo asegurado; y, tenga su origen o sea consecuencia de cualquier tipo de contrato o convenio mercantil de compra-venta, financiamiento o renta diaria.

Bajo el supuesto de que se presente una reclamación por rotura de cristales a consecuencia del riesgo de daños materiales, únicamente quedará a cargo del asegurado, el monto que corresponda al 20% del valor del o los cristales afectados, es decir, el

deducible será de ese porcentaje.

Por lo que se refiere a la cobertura de robo total, en el caso de que haya recuperación después de perpetrado el robo, solamente se aplicará el deducible contratado cuando la compañía realice algún pago por pérdidas o daños sufridos al vehículo asegurado.

En caso de la responsabilidad civil por daños a terceros, tratándose de tractocamiones solamente quedarán amparados los daños materiales a terceros que ocasione el primer remolque siempre y cuando sea arrastrado por éste con los dispositivos y mecanismos expresamente fabricados para ese fin. No quedará amparado el segundo remolque, salvo pacto en contrario. Asimismo, no quedará amparada la responsabilidad civil por daños a terceros en sus bienes y personas que se ocasione con la adaptación de la unidad cuando dicha adaptación resulte diferente a la declarada y exceda de las dimensiones con las que el fabricante adapta originalmente cada modelo y tipo específico de unidad, salvo que exista convenio expreso. Lo anterior, es de acuerdo con el principio de exquisita buena fe.

Respecto de este tipo de cobertura y por adición es hasta por una cantidad igual al límite máximo de responsabilidad, esta cobertura se extiende a cubrir, en el supuesto de un juicio civil seguido en contra del asegurado con motivo de la responsabilidad civil, los gastos y costas a que fuere condenado el asegurado o cualquier persona que use el vehículo con el consentimiento expreso o tácito.

Para poder determinar la cantidad por la cual va a responder la aseguradora, es decir, el límite máximo de responsabilidad de la compañía, respecto a este tipo de cobertura, quedará establecido dentro de la carátula de la póliza de seguro, la cual opera como suma asegurada única, para los diversos riesgos que se amparan dentro de la cobertura en estudio.

En cuanto al estudio de la cobertura por gastos legales, debe estar mencionada en la carátula de la póliza y al estar mencionada la compañía de seguros se obliga a cubrir el pago de honorarios de abogados, gastos inherentes a un proceso penal, importe de multas administrativas, importe de prima de fianza para lograr la libertad provisional del conductor y la liberación de la unidad y/o monto de caución para los mismos efectos, cuando los haya, que el asegurado tenga que erogar con motivo de un accidente causado con el vehículo de su propiedad, amparado bajo la póliza.

Para poder establecer el monto por el cual la compañía de seguros está obligada a cubrir el límite máximo de responsabilidad respecto a la suma afianzada, se tendrá como el límite máximo que se establece dentro de la suma asegurada contratada para la cobertura de responsabilidad civil por daños a terceros y la cual se fija en la carátula de la póliza.

Una de las obligaciones que se imponen dentro de las condiciones generales del seguro, hacia el asegurado, en caso de siniestro es que se tiene que dar el aviso del accidente de forma inmediata y a más tardar dentro de las siguientes 24 horas, plazo que establece la compañía de seguros de acuerdo a la facultad que se le establece dentro del artículo 66 segundo párrafo de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que dispone que el plazo genérico para dar el aviso del siniestro es cinco días si es que no existe manifestación en contrario. Dicho aviso, deberá hacerse por sí o por interpósita persona estableciendo que el lugar para dar el aviso deberá ser en cualquiera de las oficinas más cercanas de la compañía, o bien, a la oficina matriz.

Por mencionar sólo algunas de las causas por las cuales las compañías de seguros se liberan de su pago bajo la cobertura de gastos legales, en las condiciones generales de seguros se conviene que la compañía aseguradora no paga ningún gasto erogado a título de responsabilidad civil si el accidente se provocó por el asegurado en forma intencional a juicio de las autoridades judiciales o administrativas, en su caso; este tipo de cobertura queda sujeta a los términos establecidos dentro del clausulado general de la póliza, bajo la excepción de lo establecido de manera particular en esta póliza.

Dentro del estudio de la cobertura que ampara los gastos médicos de los ocupantes, cubre aquellos gastos médicos generados por hospitalización, medicinas, atención médica, enfermeros, servicio de ambulancia, y gastos de entierro, originados por lesiones corporales que sufra el asegurado o cualquier persona ocupante del vehículo, en accidentes de tránsito ocurridos mientras se encuentren dentro del compartimiento, caseta o cabina destinados al transporte de personas. Bajo el supuesto de que cuando ocurra el siniestro el número de ocupantes exceda el máximo de personas autorizadas, conforme a la capacidad del vehículo, la indemnización por ocupante se reducirá en forma proporcional.

Esta cobertura, no comprende un cuarto de hospitalización que salga del estándar; una cama adicional y alimentos que consuma el acompañante; tratamientos de ortodoncia y cirugía estética no derivados del accidente; los gastos de exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos como CHEK-UP; las llamadas locales o largas distancias que se realicen dentro del cuarto del hospital.

Se considera que los accidentes personales del conductor y de los ocupantes no se comercializan.

Para la cobertura de los gastos de transporte, el pago de los gastos de transporte se efectuará de conformidad con criterios que se sujeten a que cuando el asegurado se vea imposibilitado para usar su vehículo o camioneta de hasta 3 ½ ton, a consecuencia del

robo total, aún cuando el vehículo sea recuperado, o bien, a los daños materiales que provoquen pérdida total del vehículo, la compañía pagará la suma asegurada establecida en la carátula de la póliza, para resarcir al asegurado de los gastos que erogue por tal motivo.

En cuanto a las obligaciones a cargo del asegurado, para que se le pueda realizar el pago de los gastos de transporte el asegurado deberá entregar a la aseguradora la documentación que acredite la propiedad del vehículo y en el supuesto de robo total, deberá entregar copia de la denuncia hecha ante Ministerio Público.

Para poder entender la cobertura de equipo especial se define como cualquier parte, accesorio o rótulo, y tratándose de automóviles toda modificación y/o reforzamiento en carrocería o estructura, instalado a petición expresa del comprador o propietario del vehículo, en adición a las partes o accesorios con los que el fabricante adapta originalmente cada modelo y tipo específico que presenta al mercado.

Al hacerse la descripción correspondiente de aquellos bienes que se encuentren asegurados y la suma asegurada para cada uno de ellos, tendrá que asentarse por medio de un anexo y bajo ninguna circunstancia, las indemnizaciones excederán a la suma asegurada de los bienes a la fecha del siniestro.

Por las adaptaciones y conversiones se entiende que en seguro sobre camiones se considerará adaptación o conversión toda modificación y/o adición en carrocería, estructura, recubrimiento, mecanismos y/o aparatos que requiera para el funcionamiento para el cual fue diseñado.

Para que se pueda dar una extensión de cobertura el asegurado se obliga a realizar el pago de la prima respectiva, así la aseguradora se compromete a extender la cobertura de responsabilidad civil por daños a terceros, gastos legales, gastos médicos y asistencia vial, al primer titular de la póliza contratada.

Para poder extender la cobertura de responsabilidad civil por daños ocasionados a terceros y gastos legales por lo que respecta al primer titular (persona física) o conductor habitual (persona moral); establecido en la carátula de la póliza que haya sido contratada, cuando él mismo conduzca un vehículo distinto al asegurado, y que invariablemente tenga las mismas características de uso del vehículo que fue asegurado, mismas que se detallan en la carátula de la póliza y que a consecuencia de su manejo cause lesiones corporales o la muerte a terceros y/o daños materiales a terceros en sus bienes o personas. Para el caso de que las características del vehículo asegurado correspondan a las de un automóvil, las coberturas se extienden a cubrir a otro automóvil y a una Pick-up de uso personal y en ningún caso, dentro de este rubro, la cobertura se extenderá a una Pick up de uso carga o camión de hasta 3 ½ ton.

Tratándose de un vehículo asegurado que sea una Pick-up uso personal, las coberturas se extienden a cubrir a una Pick-up uso personal y un automóvil y en bajo ninguna circunstancia, bajo este rubro, la cobertura se extenderá a un vehículo Pick up de uso carga o camión de hasta 3 ½ ton. Si resulta que el vehículo asegurado es una Pick-up uso carga o un camión de hasta 3 1/2 toneladas uso carga, las coberturas se extienden a cubrir a una Pick-up de uso carga, un camión de hasta 3 ½ ton, una Pick-up uso personal y un automóvil.

En cuanto al deducible, se establece que este tipo de coberturas opera con condiciones de contratación iguales a las de responsabilidad civil por daños a terceros y gastos legales, estipulándose dentro de la póliza con el rubro de responsabilidad civil, teniéndose particularmente como exclusiones de la responsabilidad civil y gastos legales, y la extensión de ésta cobertura no comprende los daños materiales causados al vehículo que conduzca el primer titular de la póliza persona física, aun cuando el vehículo no sea de su propiedad; y, así como las lesiones, gastos médicos, muerte, gastos de funeral o cualesquiera otros gastos erogados por la atención de los ocupantes del vehículo conducido por el primer titular de la póliza persona física.

La cobertura de los gastos médicos, conforma exclusiones como son que si el asegurado se encuentra conduciendo un automóvil de renta diaria, conduzca un camión mayor a 3.5 toneladas, un autobús o algún otro vehículo de transporte público de pasajeros o carga diferente a un automóvil de uso particular o privado; en caso de que el atropello se efectúe por personas que dependan civilmente del asegurado y dentro de los predios de este último; y, nunca será substitutiva ni concurrente a cualquier otro seguro contra los mismos riesgos, ya que operará en exceso de lo amparado por éste o por su inexistencia.

Por lo que hace a la responsabilidad civil por daños a ocupantes, ampara los gastos legales y la responsabilidad civil en que incurra el asegurado o cualquier persona que con su consentimiento expreso o tácito use el vehículo y que a consecuencia de dicho uso cause lesiones corporales o la muerte a terceros ocupantes del vehículo asegurado. Si es que se contrata este tipo de cobertura y la cobertura extensión de cobertura, la cobertura de responsabilidad civil por daños a ocupantes se extiende a cubrir la responsabilidad civil y los gastos legales en que incurra el asegurado cuando el mismo conduzca un vehículo diferente, siempre que tenga las mismas características de uso del vehículo asegurado y que a consecuencia del mencionado uso cause lesiones corporales o la muerte a terceros ocupantes de dicho vehículo.

En cuanto a las exclusiones relacionadas con este tipo de cobertura, la responsabilidad civil generada por daños a terceros, si es que se trata de ocupantes del vehículo asegurado, a menos que se haya contratado la cobertura específica; el cónyuge o personas que tengan parentesco en línea recta ascendente o descendente o línea transversal hasta el primer grado con el asegurado o conductor del vehículo asegurado; empleados o personas que estén al servicio del asegurado al momento del siniestro para vehículos tipo comercial cuyo uso es de carga, tales como: pick-up y camiones hasta 3 ½ toneladas.

La exención de deducible por PT de robo total, se da a consecuencia de aquellos daños que hayan sido ocasionados por robo total.

Para poder entender la cobertura de pérdida total, es indispensable entender, en primer lugar, a que se refieren y que comprenden las coberturas por pérdida total, por lo que las aseguradoras conciben por pérdida total cuando el importe de la reparación de los daños sufridos por el vehículo asegurado a consecuencia de los riesgos amparados en daños materiales o sólo pérdida total; exceda del 50% de la suma asegurada del vehículo ó el robo total del vehículo ó cuando las pérdidas o daños sufridos por el vehículo asegurado a consecuencia del robo total exceda del 50% de la suma asegurada del vehículo.

La indemnización para este tipo de coberturas se realizará al momento de pagar la pérdida total del vehículo, mediante la no aplicación del deducible correspondiente a la cobertura afectada siempre y cuando se tenga contratada la cobertura de exención de deducible por PT de daños materiales y/o exención de deducible por PT de robo total. Si es que la unidad no sea declarada como pérdida total en virtud de que el importe de la reparación de los daños sufridos no rebasa el 50% de la suma asegurada de la cobertura de daños materiales el deducible a aplicar será el estipulado para daños materiales.

O bien en caso de robo total, si el vehículo es recuperado y los daños que presentan son susceptibles de ser reparados sin que rebasen el 50% de la suma asegurada, el deducible a aplicar será el estipulado para la cobertura de daños materiales.

Referente a las exclusiones que hacen para no efectuar el pago de una póliza dentro de la cobertura de pérdida total, se estipula que no exenta al asegurado de la aplicación del deducibles si es que la unidad no es declarada como pérdida total a consecuencia de los riesgos de daños materiales o robo total en virtud de que el importe de la reparación de los daños sufridos no rebasan el 50% de la suma asegurada; también esta cobertura no opera en los camiones cuyo uso es de carga; esta cobertura no exenta al asegurado de la aplicación del deducible en los riesgos de la cobertura de responsabilidad civil, gastos médicos, gastos de transporte si hubiese sido contratada.

Existen algunas compañías aseguradoras que comprenden dentro del seguro de automóvil, lo que se le denomina la asistencia vial en la cual se conviene que por medio de la contratación de la cobertura la aseguradora se obliga en primer lugar, a prestar los servicios de asistencia en viaje y asistencia en kilómetro “cero”, al conductor y al vehículo que también incluye camión de más de 2 ½ ton y hasta 18 ton y/o tractocamión amparado bajo la póliza, con motivo de un accidente automovilístico o la cobertura queda sujeta a servicios de asistencia como lo son:

- a. • Auxilio vial.
- b. • Envío y pago de grúa.
- c. • Envío y pago de ambulancia terrestre.
- d. • Servicio de cerrajería al automóvil.

El auxilio vial, también opera por falta de gasolina, neumáticos pinchados o acumulador descargado, que impidan la circulación autónoma del vehículo, la compañía gestionará el envío del proveedor más adecuado, considerando el tipo de eventualidad presentada. Para solucionar tales eventualidades la compañía considerará distintos límite máximo que oscilan dentro de \$200.00 pesos, cubriendo un máximo dos eventos por año.

Las aseguradoras establecen de manera clara que el costo de reparación de neumáticos y la gasolina, se deberán pagar por el beneficiario, directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éste, en el momento en que el prestador del servicio así se lo solicite al beneficiario. En todos los casos el beneficiario deberá estar presente al momento de la reparación. Desde un punto de vista particular, creo que se debería establecer un costo máximo que el beneficiario debería de pagar para poder evitar el costo excesivo e inusual de dichos servicios. Las personas que son consideradas como beneficiarias de este servicio es el conductor del vehículo, el cual si no se encuentra presente se entenderá que el beneficiario será su representante.

Las compañías aseguradoras convienen que bajo ninguna circunstancia, la compañía ampara los gastos en que incurra el asegurado por concepto de refacciones; gasolina y/o aceites; acumuladores y/o neumáticos; multas de cualquier tipo que sean impuestas por autoridades. Se establece que no se le dará el presente servicio a camiones de más de 2 ½ toneladas hasta 18 toneladas y tractocamiones.

Así mismo, por lo que se refiere al envío y pago de grúa, si existe una avería que impida la circulación autónoma del automóvil/pick-up ó camión de más de 2 ½ toneladas hasta 18 toneladas y/o tractocamión, la compañía se hará cargo del traslado de dichos vehículos al taller más cercano. De igual manera, si existiera un accidente automovilístico ó avería que no permita la

circulación autónoma del vehículo, aún cuando no se haya contratado la cobertura de daños materiales, dicho traslado se efectuará siempre y cuando el vehículo no se encuentre confiscado, incautado o detenido por parte de las autoridades reconocidas legalmente. Las compañías aseguradoras, establecen un límite en costo por evento y dentro de las condiciones generales del contrato se encuentran establecidos un número determinado de eventos que deberá cubrir la aseguradora, cabe mencionar que, si es superado el monto establecido por cada evento, el beneficiario deberá cubrir la diferencia.

Si se tratare de un automóvil/pick-up ó camión de más de 2 ½ toneladas hasta 3 ½ toneladas que se encuentre con carga y éste no pueda ser descargado, se genera un costo adicional del remolque, el servicio se podrá realizar con la misma grúa siempre y cuando la carga no exceda de “500” kilogramos. Cabe mencionar que, el precio que se cubra por el costo extra, será a cargo del beneficiario de la presente cobertura, siempre que la cotización se haya hecho por vía telefónica y exista previa aceptación del beneficiario el cual deberá firmar una carta responsiva en la cual no podrá hacer responsable a la compañía de seguros ni al prestador de servicios por aquellos daños que puedan llegarse a ocasionar ya sea a la unidad o a la carga.

El beneficiario de esta clase de cobertura es el conductor del vehículo asegurado, y en su ausencia se entenderá como beneficiario al representante.

Dentro de esta cobertura encontramos que las compañías aseguradoras no se encuentran obligadas a enviar una grúa o el servicio de remolque bajo el supuesto de que se trate de pinchaduras de neumáticos, falta de gasolina, acumuladores averiados o en mal estado, ó, los gastos en que incurra el asegurado por concepto de cualquier tipo de maniobras, tales como carga, descarga de mercancías o volcadura de vehículos y/o multas de cualquier tipo que sean impuestas por las autoridades.

El envío y pago de ambulancia terrestre, aplica si es que al beneficiario le ocurriese un accidente el cual le provoque lesiones o traumatismos que el equipo médico, de común acuerdo con el médico que lo atienda, sugieran su hospitalización, por lo que la compañía se hará cargo del traslado del beneficiario por ambulancia terrestre al centro hospitalario más cercano y apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que presente el beneficiario. La compañía sólo responderá por los gastos erogados por el servicio de ambulancia del traslado del beneficiario por un límite máximo que puede ser aproximadamente de \$1,000.00 pesos por evento, y la compañía sólo cubrirá como máximo dos eventos durante la vigencia anual de la póliza. Para los efectos de este tipo de cobertura se entiende como beneficiario el conductor del vehículo y si se trata de servicio particular también incluye a los ocupantes. En este tipo de cobertura no cubre el traslado por enfermedades.

Y, por último, está el servicio de cerrajería al automóvil que comprende aquellos casos en que el beneficiario de esta cobertura, haya dejado olvidadas las llaves dentro de su vehículo, por lo que, la compañía se hará cargo de la gestión del envío de un cerrajero, en el entendido que el costo de dicho servicio siempre será a cargo del beneficiario previa aceptación, entendiéndose como beneficiario al conductor del vehículo o su representante. La compañía no le proporcionará servicio a camiones bajo ninguna circunstancia.

Otro tipo de servicio que pueden llegar a incluir las aseguradoras dentro de sus pólizas es el denominado servicio de asistencia en viaje, que se proporciona únicamente dentro del país, y es para todos aquellos residentes permanentes de la capital de México y operarán cuando se circule a mas de 80 kilómetros de distancia del centro de la ciudad, para lo cual se toma en cuenta el Zócalo capitalino. O bien si se tratare de una cobertura en ciudades ubicadas en el interior de la República, se tomarán en cuenta sólo 50 kilómetros tomados en cuenta desde el centro de la ciudad en que se tenga la residencia.

Este tipo de cobertura se sujeta a prestar servicios de asistencia como:

- • Auxilio vial.
- • Envío y pago de grúa.
- • Traslado médico.
- • Traslado a domicilio a causa de accidente automovilístico.
- • Gastos de hotel por convalecencia.
- • Boleto de viaje para un familiar.
- • Traslado en caso de fallecimiento / entierro.
- • Gastos de hotel a causa de fuerza mayor.
- • Auto rentado / servicio autobús para la continuación del viaje o regreso al domicilio
- • Servicio de cerrajería al automóvil.

Dentro del auxilio vial, opera bajo el supuesto de que exista falta de gasolina, neumáticos pinchados o acumulador descargado, que impidan la circulación autónoma del vehículo, la compañía realizará la gestión del envío del proveedor más adecuado, considerando el tipo de eventualidad presentada. Para solucionar tales eventualidades la aseguradora toma en cuenta una cantidad aproximada y será de un límite máximo de \$800.00 pesos, por evento admitiéndose únicamente dos eventos por año, y el servicio se proporciona de tal manera que el vehículo pueda movilizarse por sus propios medios. Los gastos que se deriven de este tipo de

cobertura serán a cargo del beneficiario, debiendo estar presente al momento de que se realice la reparación, entendiéndose como beneficiario al conductor del vehículo y en caso de que faltase, el beneficiario sería el representante. La institución de seguros no se hará responsable bajo los términos y condiciones de esta cobertura aquellos gastos en que llegase a incurrir el asegurado por concepto de refacciones, gasolina y/o aceites, acumuladores y/o neumáticos, multas de cualquier tipo que sean impuestas por las autoridades. Tampoco se le proporcionará el servicio a camiones de más de 3 ½ toneladas hasta 18 toneladas y tractocamiones.

En el envío y el pago de grúa, si es que existe avería que no permita la circulación de manera autónoma del vehículo, la aseguradora se responsabilizará del traslado del automóvil/pick-up ó camión de más de 2 ½ toneladas y hasta 18 toneladas y/o tractocamión al taller más cercano. De igual manera, en caso de accidente automovilístico ó avería que no permita la circulación autónoma de los vehículos ya mencionados, y opera aún cuando no se haya contratado la cobertura de daños materiales. Este tipo de traslado queda sujeto a que no se encuentre confiscado, incautado o detenido por parte de las autoridades legalmente reconocidas. Se admite como máximo dos eventos durante la vigencia de la póliza que haya sido contratada anualmente. La aseguradora, establecerá la cantidad máxima que responderá por evento, que generalmente en el caso de camiones la cobertura es más amplia, si la cantidad excede del monto establecido el pago de lo restante será a cargo del beneficiario, el cual es el conductor y si éste no se encontrase el beneficiario será el representante.

Las aseguradoras no se encuentran obligadas a enviar el servicio de grúa o remolque si es que existen ponchaduras de neumáticos, falta de gasolina, acumuladores averiados o en mal estado, tampoco se hace responsable por los gastos en que solvente el asegurado que se deriven por cualquier tipo de maniobras, tales como carga, descarga de mercancías o volcadura de vehículos, o bien de cualquier tipo de multas impuestas por las autoridades.

Respecto al traslado médico, se da si es que después de ocurrido un accidente automovilístico, el beneficiario sufre lesiones o traumatismos tales, que el equipo médico de la compañía, en contacto con el médico que lo atienda, recomienden su hospitalización, la compañía gestionará diversos servicios que se estudian dentro de los siguientes puntos:

El traslado a domicilio a causa de accidente automovilístico, está comprendido dentro del traslado médico, y éste establece que después del tratamiento local a que haya sido sometido el beneficiario y que sea causa del accidente automovilístico, según el criterio médico, le es imposible regresar a su domicilio por sus propios medios, la aseguradora se responsabiliza por la gestión del traslado por avión de línea comercial o por ambulancia terrestre y haciéndose cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios, así como del boleto de regreso del beneficiario quien en el caso de camiones sólo será el conductor y dentro de vehículos particulares será el conductor y los ocupantes.

De igual manera, la aseguradora se responsabiliza por los gastos de hotel por convalecencia, cobertura en que la institución de seguros, se hace cargo de la gestión de los gastos que resulten necesarios para que se pueda llegar a prolongar la estancia dentro de un hotel que si bien es cierto, es escogido por el beneficiario se limita a una cantidad establecida pro la compañía de seguros y no deberá exceder del tiempo que se establezca dentro de las condiciones generales del seguro, y esto se hará cuando se haya prescrito por un médico local y por el equipo médico de la compañía,

También se hace cargo de los gastos del boleto de viaje para un familiar, esto es, en caso de que a causas de un accidente automovilístico del beneficiario y que éste sea hospitalizado por un período que deberá ser superior a diez días naturales, la aseguradora pone a disposición de alguna persona designada por el beneficiario un boleto de ida y de vuelta, para que pueda auxiliar al beneficiario.

En el supuesto de que el beneficiario falleciera a causa del accidente automovilístico, la institución de seguros se hará cargo de la gestión para realizar todas aquellas formalidades que resulten necesarias y responde por todos los gastos de traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar en que se lleve a cabo la inhumación en la ciudad de residencia permanente del beneficiario con nacionalidad mexicana. En el supuesto de que se trate de automóvil/pick-up y/o camión de más de 2 ½ toneladas hasta 3 ½ toneladas este beneficio se extiende a trasladar al beneficiario con nacionalidad extranjera a cualquier ciudad dentro de la República Mexicana; ó, a petición de los herederos o representantes del beneficiario, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso. La compañía se hará cargo de estos gastos sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de traslado del cuerpo prevista en el apartado anterior. Se entiende por beneficiario al conductor y en su caso los acompañantes, en caso de camiones de 2 ½ toneladas hasta 18 toneladas y/o tractocamión sólo será el conductor.

Por lo que hace a los gastos de hotel derivados de la fuerza mayor, es decir que se deriven de eventos de tipo natural o conflictos sociales, declarados por las autoridades locales o federales, reconocidos como; catástrofes, estados de emergencia, o algún similar, no se permite el libre tránsito en carreteras ocasionando que el beneficiario no regrese a su residencia permanente en el vehículo asegurado, la compañía gestionará la estancia en un hotel escogido por el beneficiario, los gastos generados por el hospedaje no deberán de exceder de la cantidad establecida dentro de la póliza, así como tampoco deberá de exceder del máximo de eventos convenidos, entendiéndose como eventos de tipo natural ciclones, huracanes, terremotos, erupciones volcánicas, aludes, derrumbes de tierra o piedras, caída o derrumbe de puentes e inundación. Los conflictos de tipo social que reconocen las aseguradoras son disturbios de carácter civil, como también las medidas de represión tomadas por las autoridades legalmente

reconocidas con motivo de sus funciones que intervengan en dichos actos.

Las aseguradoras, bajo ninguna circunstancia responderán por los gastos que el beneficiario realice por alimentos y bebidas, servicios como lavandería, tintorería, limpieza o cortesía, estacionamiento, llamadas telefónicas, eventos especiales, propinas y taxis. El servicio no se proporcionará a camiones de más de 2 ½ toneladas hasta 18 toneladas y/o tractocamión.

Para que opere la cobertura de auto rentado o servicio autobús para la continuación del viaje o regreso al domicilio, se requiere que después de que se utilizó el envío y pago de grúa, y se determina que la reparación requiere más de 48 horas, la aseguradora gestionará si es que es posible, la renta de un vehículo de características similares al vehículo averiado, y se limita a dos días por viaje y sin que exceda de cuatro días por año y se proporciona para poder facilitar la continuación del viaje, o bien, para que el beneficiario pueda regresar al lugar de residencia. Si existe alguna imposibilidad para rentar un vehículo, la institución de seguros gestionará un pago máximo que se establecerá dentro de las condiciones generales del seguro, dicha cantidad se le proporcionará al asegurado para gastos de taxi, autobús, tren o cualquier otro medio autorizado de transporte. Aquí se entiende como beneficiario al titular de la póliza o al conductor y este servicio no le es aplicable a camiones de más de 2 ½ ton a 18 ton y tractocamiones.

El servicio de cerrajería se proporcionará cuando el beneficiario haya dejado olvidadas las llaves dentro de su vehículo, la aseguradora gestionará, el envío de un cerrajero para abrirlo. La institución de seguros no se hace responsable de este tipo de cobertura cuando las situaciones de asistencia ocurridas antes de tener la póliza de seguro del automóvil, no dan derecho a los servicios de asistencia; los beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por la compañía; de igual manera quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de cualquier enfermedad o accidente que no se derive del tráfico vehicular del automóvil, enfermedades mentales o alienación, trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo, lesiones que el conductor sufra cuando el automóvil/pick-up ó camión de más de 2 ½ toneladas hasta 18 toneladas y/o tractocamión sea utilizado para suicidio o cualquier intento del mismo, embarazos en los últimos tres meses antes de la “fecha probable del parto”, así como este último y los exámenes prenatales, traslado por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por cirugía programada de parto.

Respeto a las obligaciones que debe de cumplir el asegurado, dentro de los servicios de asistencia de envío y pago de grúa, si es posible, el beneficiario o su representante deberá acompañar a la grúa durante el traslado del vehículo, al igual que en los servicios de auxilio vial deberá estar presente el beneficiario o su representante al momento de la reparación. En caso de que se presente una situación de asistencia, el beneficiario se obliga a llenar una solicitud de asistencia, en la cual deberá de proporcionar toda la información que le sea requerida. Si existiese algún tipo de imposibilidad para dar notificación a la compañía aseguradora, los servicios a los que se refieren estas condiciones particulares de asistencia vial configuran una obligación a cargo de la aseguradora, y sólo en casos de urgencia o imposibilidad del beneficiario para solicitarlos o de la institución de seguros para prestarlos, dicho beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios; en tal supuesto, la aseguradora podrá reembolsar la cantidad que hubiera erogado el beneficiario, pero exclusivamente cuando se trate de servicios de utilización de grúas de acuerdo a las tarifas vigentes que maneje la institución. Se estipula dentro de las condiciones generales del contrato que no se realizará el envío de una grúa o del servicio de remolque si es que el vehículo asegurado sufre de alguna ponchadura de neumático o bien, la falta de gasolina, acumuladores que se encuentren descargados o por el mal estado de éstos.

En cuanto al traslado médico es necesario que se le proporcione toda la información que le sea requerida al asegurado por parte de la compañía, esto para procurar uno de los principios básicos en este contrato que es el de la buena fe y que así la compañía de seguros pueda proporcionar una adecuada intervención.

Referente a los servicios de asistencia, no se proporcionarán, si es que el siniestro ocurre durante viajes después de los primeros sesenta días naturales consecutivos; o, si es que el vehículo asegurado participe en carreras, pruebas de seguridad, resistencia o velocidad, así como competiciones oficiales o exhibiciones, o bien se destine a un uso o servicio distinto al señalado en la carátula; o se trate de servicios de asistencia que se deriven directamente de operaciones bélicas, provenientes de guerra extranjera o guerra civil, invasión, rebelión, insurrección, subversión, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, huelgas, movimientos populares o cualquier otra causa de fuerza mayor; irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares; si es que el remolque del automóvil/pick-up ó camión de más de 2 ½ ton hasta 18 ton y/o tractocamión con carga o con heridos o sacar el automóvil/pick-up ó camión de 2 ½ ton hasta 18 ton y/o tractocamión atascado o atorado en baches o barrancos salvo que sea a consecuencia de un accidente; en labores de mantenimiento, revisiones, reparaciones mayores al vehículo asegurado, así como la compostura o armado de partes previamente desarmadas por el asegurado o por un tercero; tratándose de autolesiones, golpes y choques intencionados, así como la participación del asegurado o su vehículo en actos criminales; en caso de suicidio o intento del mismo por parte del asegurado; si existieren accidentes causados por estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.

Dentro de las condiciones generales del seguro encontramos normas generales como son:

- • El beneficiario debe de actuar con moderación, es decir que se obliga a no agravar los efectos de las situaciones de asistencia.
- • Asimismo debe de cooperar con la compañía a fin de facilitar la recuperación de aquellos pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a la compañía los documentos necesarios, ayudar a la compañía y con cargo a la compañía a completar las formalidades necesarias.
- • La aseguradora se puede llegar a subrogar, hasta por el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al beneficiario, en los derechos y acciones que correspondan al beneficiario contra cualquier responsable de un accidente automovilístico, que haya dado lugar a la prestación de los servicios de asistencia.
- • Se estipula que las personas o sociedades que prestan los servicios de asistencia son, contratistas independientes de la compañía por lo que la compañía no obstante que será responsable por la gestión de los servicios de acuerdo a lo estipulado en estas condiciones particulares de asistencia vial, por lo que no será responsable por las deficiencias en que incurran tales personas o establecimientos, sin embargo, la aseguradora se obliga a intervenir de inmediato para solucionar dichas deficiencias y satisfacer a los clientes adecuadamente. Así como que la institución de seguros no se hará responsable por daños, robo parcial o total que sufra el vehículo asegurado durante la prestación de los servicios de asistencia.
- • La prescripción para realizar cualquier tipo de reclamación que se derive de alguna situación de asistencia se debe presentar dentro de los 90 días de la fecha en que se produzca, de lo contrario, prescribirá cualquier acción legal transcurrido el citado plazo.
- • El beneficiario se obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las situaciones de asistencia.

Existen riesgos, que no se encuentran amparados dentro del contrato de seguro, sin embargo, pueden llegar a cubrirse si es que existe convenio expreso, tal y como serían daños que haya sufrido o se hayan causado a consecuencia de que se destina a un uso o servicio que resulte diferente al señalado dentro de la póliza y que implique una agravación del riesgo; o bien, se puede pactar que se arrastren remolques y en el caso de los tractocamiones, el sistema de arrastre para un segundo remolque (dolly) y el 2º remolque; que se utilice para destinarlo a fines de enseñanza o de instrucción de manejo o su funcionamiento; que el vehículo participe de una manera directa o indirecta en carreras, pruebas de seguridad, resistencia o velocidad; blindajes del vehículo; maniobras de carga y descarga; responsabilidad civil por daños a terceros en sus bienes y personas que se ocasione con la adaptación que exceda de las dimensiones; daños por la carga cubre la responsabilidad civil del asegurado por daños a terceros en sus bienes o personas, causados con la carga que transporta el vehículo, cuando ésta tenga características de no peligrosa tal como: bebidas embotelladas, hielo, abarrotes y vinos, carnes y lácteos, muebles domésticos, plásticos, vidriería y anuncios, jardinería y florería; ó de mercancía peligrosa tal como: maquinaria pesada, vehículos a bordo de camiones, troncos o trozos de madera, rollos de papel, cable o alambre para uso industrial, postes, varillas, vigueta de acero, materiales, partes o módulos para la industria de la construcción, ganado en pie; ó de mercancía altamente peligrosa, tal como: sustancias y/o productos tóxicos y/o corrosivos, inflamables y/o explosivos, o cualquier otro tipo de carga similar a las enunciadas; responsabilidad civil ecológica; y, vehículos facturados por una compañía de seguros a consecuencia de una pérdida total previa.

Existen riesgos que no se encuentran amparados bajo ninguna circunstancia dentro del contrato de seguros, tales como:

- • Aquellas pérdidas o daños que llegue a sufrir o a causar el vehículo, que deriven de operaciones bélicas, ya fueren provenientes de guerra extranjera o de guerra civil, insurrección, subversión, rebelión, expropiación, requisición, confiscación, incautación o detención por parte de las autoridades legalmente reconocidas con motivo de sus funciones que intervengan en dichos actos. Así como tampoco ampara aquellas pérdidas o daños sufridos o causados por el vehículo cuando sea usado para cualquier servicio militar, con o sin consentimiento del asegurado.
- • Cualquier perjuicio, gasto, pérdida o daño indirecto que sufra el asegurado, comprendiendo la privación del uso del vehículo.
- • La rotura, descompostura mecánica o la falta de resistencia de cualquier pieza del vehículo como consecuencia de su uso, a menos que fueren causados por alguno de los riesgos amparados.
- • Las pérdidas o daños debidos a desgaste natural del vehículo o de sus partes, la depreciación que sufra su valor, así como los daños materiales que sufra el vehículo y que sean ocasionados por su propia carga, a menos que fueren causados por alguno de los riesgos amparados.
- • Las pérdidas o daños causados por la acción normal de la marea, aún cuando provoque inundación.
- • Los daños que sufra o cause el vehículo por sobrecargarlo o someterlo a tracción excesiva con relación a su resistencia o capacidad. En estos casos, la compañía tampoco será responsable por daños causados a viaductos, puentes, básculas o cualquier vía pública y objetos o instalaciones subterráneas, ya sea por vibración o por el peso del vehículo o de su carga.
- • La responsabilidad civil del asegurado por daños materiales a bienes que se encuentran bajo su custodia o responsabilidad; bienes que sean propiedad de personas que dependan civilmente del asegurado; bienes que sean propiedad de empleados, agentes o representantes del asegurado, mientras se encuentren dentro de los predios de este último; bienes que se encuentren en el vehículo asegurado.

- • La responsabilidad civil por daños a terceros en sus personas si es que dependen civilmente del asegurado o cuando estén a su servicio en el momento del siniestro o cuando sean ocupantes del vehículo.
- • Las pérdidas o daños a las partes bajas del vehículo al transitar fuera de caminos o cuando éstos se encuentren en condiciones intransitables.
- • Las prestaciones que deba solventar el asegurado por accidentes que sufran las personas ocupantes del vehículo de los que resulten obligaciones en materia de responsabilidad civil, penal o de riesgos profesionales.
- • El daño que sufra o cause el vehículo, cuando sea conducido por persona que en ese momento se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia de drogas, si estas circunstancias influyeron en forma directa en el accidente causa del daño. Esta exclusión opera únicamente para vehículos de tipo comercial cuyo uso es de carga, tales como: camionetas pick-up, panel, campers, trailers, tractocamiones, camiones o autobuses de pasajeros y en general todo tipo de vehículos destinados al transporte de mercancías.
- • La responsabilidad civil del asegurado a consecuencia de daños causados por la carga, en accidentes ocurridos cuando el vehículo se encuentre efectuando maniobras de carga y descarga. No se cubre los daños ocasionados a la unidad asegurada durante dichas maniobras de carga y descarga, incluyendo la volcadura. Estas exclusiones quedan sin efecto cuando se tenga contratada la cobertura de maniobras de carga y descarga.
- • Tratándose de vehículos destinados al transporte de mercancía o de tipo comercial se excluye el daño que sufra o cause el vehículo, cuando sea conducido por persona que carezca de licencia para conducir expedida por la autoridad competente, o que dicha licencia no sea del tipo (placas y uso) para conducir el vehículo asegurado.
- • El daño que sufra o cause el vehículo asegurado, que tenga placas de servicio público federal, cuando éste sea conducido por persona que carezca de licencia vigente, expedida por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, o se encuentre vencida al momento del accidente.
- • Destinarlo a un uso o servicio diferente al indicado en la póliza.
- • Cualquier tipo de fraude.
- • Las pérdidas o daños que sufra el vehículo asegurado en forma intencional por el asegurado o cualquier conductor que con su consentimiento expreso o tácito use el vehículo.
- • El robo de partes o accesorios, a menos que sea a consecuencia directa del robo total del vehículo asegurado.
- • La indemnización de cualquier enfermedad o lesión preexistente, crónica o recurrente ó estados patológicos, que no se deriven del accidente automovilístico. Así como cualquier tratamiento, intervención quirúrgica, medicamento o vitaminas derivadas de padecimientos o lesiones preexistentes.
- • En ningún caso la compañía se hará cargo del pago de pensión o estadía en corralones o estacionamientos.

También se establece la cesación de los efectos del contrato por falta de pago, esto es, si no hubiera sido pagada la prima o la primera fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro del plazo de pago convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de este plazo, tal y como lo previene el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El asegurado, tiene la posibilidad, no obstante lo anterior, para que dentro de los treinta días siguientes al último día de vigencia del contrato, pueda presentar una solicitud por escrito donde solicite la rehabilitación del documento; para lo cual la institución de seguros confirmará por escrito su autorización para la aceptación del riesgo. Con base a lo anterior, el asegurado deberá efectuar dentro del mismo plazo el pago de la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si es que se pactado su pago fraccionado. Dando cumplimiento a lo anterior los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y días señalados en el comprobante de pago y la compañía devolverá a prorrata, en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del seguro, bajo lo estipulado por el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Al momento de ocurrir el siniestro el asegurado, o en su caso el beneficiario, adquieren obligaciones que deben cumplir para que la compañía de seguros responda, algunas de esas obligaciones ya fueron tratadas dentro del capítulo III, pero dentro de las obligaciones convencionales impuestas al asegurado esta el que debe de presentar formal querrela o denuncia ante las autoridades competentes, cuando se trate de robo u otro acto delictuoso que pueda ser motivo de reclamación al amparo de la póliza y cooperar con la compañía para conseguir la recuperación del vehículo o del importe del daño sufrido; también debe de dar un aviso de reclamación, es decir, el asegurado está obligado a comunicar a la institución de seguros, tan pronto como haya tenido conocimiento, aquellas reclamaciones o demandas recibidas por él o por sus representantes, a cuyo efecto, le remitirá los documentos o copia de los mismos, que con ese motivo se le hubieren entregado. La falta de cumplimiento a esta obligación por parte del asegurado, es un motivo para liberar a la compañía de cubrir la indemnización que le corresponda a la cobertura afectada por el siniestro. La compañía no quedará obligada por reconocimiento de adeudos, transacciones o cualesquiera otros actos jurídicos de naturaleza semejante, hechos o concertados sin el consentimiento de ella, la confesión de la materialidad de un hecho no podrá ser asimilada al reconocimiento de una responsabilidad; otra obligación es la cooperación y asistencia del asegurado con respecto a la compañía, es decir, el asegurado queda obligado a costa de la aseguradora, en todo procedimiento civil que pueda iniciarse en su contra, con motivo de la responsabilidad cubierta por el seguro:

- • A proporcionar los datos y pruebas necesarios, que le hayan sido requeridos por la compañía para su defensa a

costa de ésta, en caso de ser ésta necesaria.

- • Ejercitar y hacer valer las acciones y defensas que le correspondan en derecho.
- • A comparecer en todo procedimiento civil.
- • A otorgar poderes en favor de los abogados que la compañía designe para que lo representen en los citados procedimientos civiles, en caso de que no pueda intervenir en forma directa en todos los trámites de dichos procedimientos.

Encontramos mas obligación a que queda sujeto el asegurado al contratar un seguro es que en el supuesto de que el vehículo asegurado, por motivo de algún siniestro sea considerado como pérdida total o robo total, de acuerdo con este contrato, el asegurado o beneficiario deberá previamente al pago de la suma asegurada, cumplir con lo siguiente: acreditar la propiedad del vehículo presentando el original de la factura y tarjetón en su caso, presentar una identificación oficial del propietario del mismo, en caso de personas físicas, en el caso de personas morales, al representante legal o apoderado adicionalmente a su identificación deberá de presentar original de la copia certificada del poder notarial; y, transmitir sin reserva o limitación alguna a la compañía de seguros, la propiedad del vehículo.

Por lo que hace a la valuación de los daños, se establece que si el asegurado ha cumplido con dar el aviso del siniestro y el vehículo se encuentra libre de cualquier detención, incautación, confiscación y otra situación semejante producida por orden de las autoridades legalmente reconocidas con motivo de sus funciones que intervengan en dichos actos, la compañía tendrá la obligación de iniciar sin demora la valuación de los daños. Si la compañía no realiza la valuación de los daños sufridos por el vehículo, dentro de las 72 horas siguientes a partir del momento del aviso del siniestro, el asegurado queda facultado para proceder a la reparación de los mismos y exigir su importe a la compañía en los términos de esta póliza, salvo que por causas imputables al asegurado no se pueda llevar a cabo la valuación. Salvo lo estipulado al inicio de este párrafo, la compañía no reconocerá el daño sufrido por el vehículo si se ha procedido a su reparación antes de que la compañía realice la valuación del daño. Finalizada la valuación y reconocida su responsabilidad y sin perjuicio de lo señalado en el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la compañía deberá indemnizar en efectivo al asegurado con el importe de la valuación de los daños sufridos en la fecha del siniestro. La indemnización en pérdidas parciales comprenderá el valor factura de refacciones y mano de obra más los impuestos que en su caso generen los mismos. Por lo que se refiere a pérdidas totales, se estará a la suma asegurada convenida en la carátula de la póliza por cuyo pago operará de pleno derecho la transmisión de la propiedad del vehículo siniestrado, adquiriendo dicha propiedad la compañía. En todo caso, al hacerse la valuación de la pérdida, se tomará en cuenta el precio de venta al público de refacciones o accesorios, menos descuentos obtenidos en la fecha del siniestro. En el caso en que el asegurado no acepte la determinación del daño como pérdida total, la compañía únicamente pagará el valor factura de refacciones y mano de obra más los impuestos que generen los mismos, conforme a avalúo elaborado y/o autorizado por la compañía, manteniendo el asegurado la propiedad del vehículo. De optar el asegurado por el pago de la pérdida total, la compañía adquirirá en propiedad el vehículo asegurado. Cuando el costo de la reparación del daño sufrido por el vehículo exceda del 50% de la suma asegurada que dicho vehículo tuviere en el momento inmediato anterior al siniestro, a solicitud del asegurado deberá considerarse que hubo pérdida total. Salvo convenio en contrario, si el mencionado costo excede del 65% de ese valor, siempre se considerará que ha habido pérdida total. Tratándose de vehículos facturados por una compañía de seguros con motivo de una pérdida total previa, salvo que el asegurado haya asentado este hecho en la solicitud de la póliza en el rubro de origen para conocimiento de la compañía; se procederá a indemnizar. La intervención de la compañía en la valuación o cualquier ayuda que la compañía o sus representantes presten al asegurado o a terceros, no implica aceptación por parte de la compañía de responsabilidad alguna respecto del siniestro. Para el eficaz cumplimiento del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se entenderá que el asegurado ha cumplido con su obligación, entregando a la compañía, la documentación que para cada caso se especifique en el instructivo que se le entregará junto con la póliza y que forma parte de la misma. Respecto a los gastos de traslado en caso de siniestro que amerite la indemnización en los términos de esta póliza, la compañía se hará cargo de las maniobras y gastos correspondientes para poner el vehículo asegurado en condiciones de traslado, así como de los costos que implique el mismo. Si el asegurado opta por trasladarlo a un lugar distinto del elegido por la compañía, ésta sólo responderá por este concepto, hasta por la cantidad equivalente a un mes de salario mínimo general, vigente en el Distrito Federal al momento del siniestro. Interés moratorio si la compañía no cumple con su obligación indemnizatoria dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, pagará un interés moratorio calculado de acuerdo con lo dispuesto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, lo cual es una garantía para el asegurado que le proporciona la aseguradora para crear certeza y procurar el principio de buena fe.

Para poder establecer la territorialidad, se toma en consideración que sólo aplica en caso de accidentes que ocurran dentro de la República Mexicana. La aplicación de las coberturas amparadas se extiende a los Estados Unidos de Norte América y al Canadá, únicamente para daños materiales, solamente pérdida total, robo total, gastos médicos ocupantes, equipo especial y adaptaciones y conversiones.

En cuanto a los salvamentos, si es que la aseguradora paga la suma asegurada del vehículo en la fecha del siniestro, se tiene el derecho a disponer del salvamento en la proporción que le corresponda de cualquier recuperación, con excepción del equipo especial que no estuviere asegurado. En virtud de que la parte que soporta el asegurado es por concepto de deducible, el importe

de la recuperación se aplicará, en primer término a cubrir la parte que erogó la compañía y el remanente, si lo hubiere, corresponderá al asegurado. Para este efecto la compañía se obliga a notificar por escrito, al asegurado cualquier recuperación.

El asegurado pierde todo derecho a la indemnización, liberando a la aseguradora de sus obligaciones si es que se demuestra que el asegurado, el beneficiario o sus representantes con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones; o si es que existiere en el siniestro dolo o mala fe del asegurado, el beneficiario, o de sus respectivos causahabientes; cuando quede demostrado que el asegurado, beneficiario o sus representantes con el fin de hacerla incurrir en error, no proporcionan oportunamente la información que la compañía solicite sobre hechos relacionados con el siniestro, y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo; al tratarse de pérdida total a consecuencia de daños materiales o robo total, el asegurado no emita o no endose la factura o título de propiedad tal y como se especifique dentro de las condiciones generales, la institución de seguros no pagará la suma asegurada correspondiente a la pérdida total, sólo indemnizará conforme al costo de las refacciones y mano de obra que se necesiten para reparar el daño. En los casos de robo total invariablemente se tendrá que expedir o endosar el título de propiedad correspondiente. Es decir, una de las principales causas para perder todo derecho a ser indemnizado es incumplir con el principio básico de este contrato que es la buena fe.

Como se ha estudiado con anterioridad en este trabajo, las partes pueden dar una terminación anticipada del contrato, pero sólo será válido si es que se da notificación por escrito. Si es que el asegurado es quien lo da por terminado, la aseguradora tendrá el derecho a la parte de la prima que corresponda al período durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, para lo cual se registra ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas una tarifa para seguros a corto plazo.

Tarifa a corto plazo.

No. de Días	% de Recargo en exposición
1-30	18.0%
31-60	16.5%
61-90	15.0%
91-120	13.5%
121-150	12.0%
151-180	10.5%
181-210	9.0%
211-240	7.5%
241-270	6.0%
271-300	4.5%
301-330	3.0%
331-360	1.5%
mas de 360	0.0%

En el supuesto de que la aseguradora, dé por terminado anticipadamente el contrato, deberá hacerse por medio de una notificación por escrito al asegurado, surtiendo efecto la terminación del seguro después de quince días de practicada la notificación respectiva. La institución deberá devolver al asegurado la totalidad de la prima no devengada a más tardar al hacer dicha notificación sin cuyo requisito se tendrá por no hecha. Si es que se contrataron dos o más coberturas y antes del fin del período de vigencia pactado, ocurriere la pérdida total del vehículo amparado, la compañía devolverá, a prorrata, la parte no devengada de la prima o primas correspondientes a las coberturas no afectadas por ese siniestro. De igual manera se procederá, cuando se contraten una o más coberturas y desaparezcan los riesgos amparados a consecuencia de eventos no asegurados.

Como se ha analizado en el capítulo anterior, aquellas acciones que deriven de este contrato de seguro prescriben en dos años, que se cuentan bajo lo establecido en el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 del citado ordenamiento. La prescripción queda interrumpida no solamente por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por la iniciación del procedimiento señalado por el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (hoy derogado y actualmente corresponde al artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros).

Si es que llega a existir controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones con que cada compañía cuenta, o bien, también puede acudir, bajo su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese organismo no es designado árbitro, será competente el juez del domicilio de dicha delegación.

Se establece dentro del artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como también dentro de las condiciones generales del contrato que si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Afirma el doctrinario Rubén S. Stiglitz que: *“si el predisponerte intenta aplicar una cláusula desconocida, la ineficacia invocada por el consumidor deberá sostenerse en la falta de consentimiento y no en el abuso intrínseco de la regla de la autonomía”... “parece innecesario afirmar, en una primera aproximación, que, en ocasiones, el empresario se aprovecha de esta técnica de sustitución de la discusión paritaria y clásica, para introducir, por la vía de la predisposición, cláusulas que afirman injustamente su posición contractual dominante”.*

No obstante el criterio anterior, la cláusula que se refiere al plazo que tiene el asegurante para pedir la rectificación de la póliza más que convencional es legal

La sociedad de seguros no se hará responsable por aquellas pérdidas, daños materiales, perjuicios o gastos causados, directa o indirectamente, por falta de funcionamiento o por fallas, errores o deficiencias de cualquier dispositivo, aparato, mecanismo, equipo, instalación o sistemas, sea o no propiedad del asegurado o que este bajo su control o simple posesión, como consecuencia de la incapacidad de sus componentes físicos o lógicos, para reconocer correctamente o utilizar una fecha que se intente representar a partir del día 8 de septiembre de 1999 y fechas subsecuentes, incluyendo el año 2000 del calendario gregoriano. Para efectos de esta cláusula, se entiende por componentes lógicos los sistemas operativos, programas base de datos, líneas de código, aplicaciones y demás elementos de computación electrónica, también denominados “software”, y por componentes físicos, los dispositivos electrónicos o electromecánicos, tales como procesadores, microprocesadores, tarjetas de circuitos impresos, discos, unidades lectoras, impresoras, reproductoras, conmutadores, equipos de control y demás elementos conocidos bajo la denominación genérica de “hardware”.

De igual manera, se excluye de la cobertura del contrato al que se adiciona esta cláusula, el reembolso de cualquier gasto generado por cambios o modificaciones realizadas o intentadas, respecto de los componentes físicos o lógicos ya definidos, con motivo de la llegada de las fechas a que se ha hecho referencia. Cualquier estipulación dentro de la póliza respecto del deber por parte de la compañía de investigar, atender o defender reclamaciones no será aplicable a riesgos excluidos en el párrafo anterior.

Para poder visualizar de una manera más completa este seguro, analizaré un caso sucedido en enero del presente año (2008) en la ciudad de México que generó un vendaval (viento fuerte que no llega a ser temporal declarado), el que provocó la caída de árboles y espectaculares, situación que causó daños a diversos vehículos. El Gobierno del Distrito Federal, se rehusó al pago de los daños, alegando que las compañías de seguros eran quienes debían de realizar dicho pago. En la Ley Sobre el Contrato de Seguro no se encuentra alguna disposición que establezca que las compañías de seguros no deben pagar en esa clase de siniestros. Ante tal omisión debe remitirse a las condiciones generales del seguro, las cuales van a variar dependiendo de las coberturas contratadas, sin embargo, en el caso en estudio y de acuerdo con las condiciones generales del seguro que he estudiado, el pago resulta procedente debido a que al principio de la póliza establece los riesgos que cubre entre los que se incluye la caída de árboles o sus ramas así como los daños ocasionados por estructuras, por lo que en este caso en particular las aseguradoras deberán de realizar la indemnización correspondiente, sin importar que se debió a un fenómeno de la naturaleza no incluido de manera específica en la ley y en las condiciones generales, pero que se encuentra pactado el daño por la caída de árboles y espectaculares. Además, aún en el supuesto de que las condiciones generales de la póliza no incluyan el daño a los vehículos por la caída de árboles o espectaculares, de cualquier manera el interés asegurable es el daño al vehículo asegurado y sólo no se pagaría en aquellos casos en que estuviere excluido un siniestro de esa naturaleza.

#### 4.1.2. En el seguro múltiple empresarial.

Al estudiar el contrato de seguro múltiple empresarial, encontré que la mayoría de las compañías de seguros, cubren los daños a edificios, y otros riesgos, como se verá. Se trata de un seguro que se enfoca a aquellos negocios de servicios y comercios con manufactura. Lo que se protege con este seguro son las eventualidades tales como incendios, caída de rayos, explosiones, daños ocasionados por huracanes, granizo, inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, pérdidas relacionadas, robo, rotura de cristales, entre otros.

A su vez, abarca la responsabilidad civil que resulte del desempeño de las actividades propias del negocio, por las que resultaren lesionadas terceras personas o inmuebles dañados, o bien, el edificio o local que esté bajo contrato de arrendamiento.

A continuación, se procede al estudio de un tipo de póliza de seguro múltiple empresarial, la cual permitirá ampliar el conocimiento acerca de este tipo de coberturas.

Partiendo del principio general de derecho, que ante una norma general y una especial, se deberá aplicar la especial, lo mismo pasa en este tipo de seguro, ya que las cláusulas especiales deberán prevalecer en todo momento ante las generales, la aseguradora se compromete a cubrir conforme a lo estipulado en la carátula de la presente póliza, los bienes que sean propiedad del asegurado o los que tenga bajo su cuidado propiedad de terceros y por los cuales sea legalmente responsable, salvo los que se encuentren excluidos expresamente.

Se debe especificar el riesgo, en el cual, en el caso de la póliza en estudio, se trata de un edificio el cual se identifica en la

carátula de la póliza, establece que la aseguradora se obliga a cubrir las pérdidas o daños directamente causados por incendio y/o rayo, hasta el límite de la suma asegurada, para lo cual se incluye la construcción material del edificio y sus dependencias (sin incluir el valor del terreno ni de los cimientos y fundamentos que se hallen debajo del nivel del suelo, pero considerando el de las instalaciones para los servicios de agua, sanidad y alumbrado y demás fijos a los mismos)

En cuanto al contenido del edificio, dispone que se llega a cubrir la maquinaria, herramientas, refacciones, accesorios y equipo mecánico en general del negocio asegurado, incluyendo el mobiliario y el equipo del mismo, así como materias primas, productos en proceso de elaboración o ya terminados y mercancías en bodegas, todo mientras se encuentre dentro del edificio. Los bienes citados quedarán cubiertos contra pérdidas o daños causados directamente por incendios y/o rayo.

Existen bienes que se encuentran excluidos dentro de la póliza, pero pueden llegar a ser cubiertos si es que existe la manifestación de las partes de que desean hacerlo, los bienes a que se refieren son los contenidos en plantas incubadoras, refrigeradoras o aparatos de refrigeración por cambio de temperatura; lingotes de oro y plata, alhajas y pedrería que no estén montadas; manuscritos, planos, croquis, dibujos, patrones, modelos o moldes; objetos raros o de arte, o de difícil reposición cuyo valor unitario o por juego sea superior al equivalente de 300 días del salario mínimo general vigente en el Distrito Federal al momento de la contratación.

Por el contrario, existen ciertos daños que no se cubrirán dentro de la póliza, ni siquiera existiendo la voluntad de las partes para hacerlos, esos daños no incluidos son aquellos como la fermentación, vicio propio o por cualquier procedimiento de calefacción o de desecación al cual hubieren sido sometidos los bienes, a menos que el daño sea causado por cualquiera de los riesgos amparados en la póliza, en los dos últimos casos; en máquinas, aparatos o accesorios que se emplean para producir ó transformar electricidad, cuando dichos daños sean causados directamente en tales máquinas, aparatos ó accesorios por las mismas corrientes eléctricas, ya sean naturales o artificiales; por robo de bienes ocurrido durante el siniestro. A títulos, obligaciones o documentos de cualquier clase, timbre, postales o fiscales, billetes de banco, cheques, letras, pagarés, libros de contabilidad u otros libros de comercio; y por aquellas perdidas que por su propia explosión sufran calderas, tanques, aparatos o cualquier otro recipiente que esté sujeto usualmente a presión, ni por pérdidas o daños causados por explosión producida por actos vandálicos o por personas mal intencionadas.

Cuando exista manifestación expresa de las partes, y sujeto a las condiciones de cada cobertura y la obligación del pago de la prima adicional correspondiente, la póliza se puede llegar a extender para cubrir los siguientes riesgos y cláusulas, que se considerarán incluidos en la póliza cuando en la carátula y/o especificación aparezcan mencionados, tal y como son: huelgas, alborotos populares, conmoción civil, vandalismo, daños por actos de personas mal intencionadas; naves aéreas, vehículos, humo; derrame de equipo y/o materiales de protecciones contra incendio; fenómenos hidrometeorológicos; terremoto y/o erupción volcánica; combustión espontánea; remoción de escombros; mercancías ó productos terminados a precio neto de venta; valor de reposición; existencias por declaración; cobertura automática para incisos conocidos; cobertura automática para incisos nuevos ó no conocidos; cláusula de bienes en incubadoras, cuartos ó aparatos refrigerados.

En cuanto a la suma asegurada e indemnización de las coberturas anteriores, si es que no queda establecido dentro de la póliza la sujeción al endoso de valor de reposición, se entiende que la suma asegurada será a valor real. En cuanto a las pérdidas parciales, si la suma asegurada de la póliza resultare menor al valor real ó de reposición del bien afectado, según se trate, en el momento del siniestro se aplicará la cláusula que veremos con posterioridad la cual se denomina proporción indemnizable, que se encuentra dentro de las condiciones generales de las pólizas de seguros, y que resulta aplicable a todas las secciones, que serán analizadas en este tema.

También quedan cubiertas aquellas pérdidas que hayan sido ocasionadas por un incendio, es decir, cubre las pérdidas que sufra el asegurado a consecuencia de la paralización o entorpecimiento de las operaciones del negocio asegurado, siempre que dicha paralización resulte de un riesgo amparado de los que ya se han citado dentro de esta cobertura, pudiendo contratar, de manera expresa las pérdida de rentas, seguro de mercancías y/o productos terminados a precio neto de venta, seguro de gastos extraordinarios, reducción de ingresos por interrupción de actividades comerciales, pérdida de utilidades, salarios y gastos fijos, ganancias brutas no realizadas en plantas industriales y seguro de contingencia, solamente si se ha adquirido el seguro de ganancias brutas.

Por lo que se refiere a la responsabilidad civil de actividades e inmuebles, la institución de seguros se limita a pagar hasta la cantidad asegurada, todas aquellas indemnizaciones que a título de responsabilidad civil extracontractual resulten legalmente a su cargo con motivo de accidentes por los cuales resultaren lesionadas, enfermas, intoxicadas o muertas terceras personas y/o por los daños materiales a bienes propiedad de terceros cuando dichos accidentes sean originados por un acto u omisión no intencional del asegurado, en el desempeño de las actividades normales inherentes y necesarias al desarrollo de los trabajos del asegurado en la prosecución de los fines relativos a su negocio y todas las operaciones concernientes al mismo, dentro del inmueble; por daños que se deriven de forma directa de la existencia, posesión, pertenencia, mantenimiento o uso del inmueble asegurado, así como todas las operaciones necesarias e inherentes al negocio y forzosamente relativas a su giro comercial.

Para poder comprender de una mejor manera esta póliza de seguro es necesario que se conozca que es lo que se entiende por asegurado dentro de esta cobertura, y abarca a la persona física o moral que aparezca dentro del seguro, por lo que puede incluir a funcionarios, ejecutivos, socios, accionistas o cualquier otra persona por la cual sea legalmente responsable mientras se encuentre en el desempeño de actividades para el propio asegurado.

Se establecen ciertas excepciones, en cuanto a las responsabilidades que resulten imputables al asegurado, que puede ser por cualquier contrato o convenio celebrado por las personas que hayan sido aseguradas, o bien, por sus representantes, cedentes o causantes de uno de ellos o de ambos, ya que este seguro cubre únicamente la responsabilidad civil extra-contractual; por cualquier pérdida o daño a los bienes propiedad de terceros que dicho asegurado usare o tuviere a su cargo, en custodia, en arrendamiento o en depósito en cualquier forma; por la responsabilidad por muerte o daños a personas que dependan civilmente ó económicamente del asegurado; por la conservación, atención o uso de automóviles, aviones, embarcaciones o vehículos de cualquier clase; por responsabilidad que resulte al asegurado con motivo de obras, construcciones, ampliaciones que ejecute o haya mandado a ejecutar; aquellos daños originados directa o indirectamente por inconsistencia, hundimiento, o asentamiento del suelo o del subsuelo; por los perjuicios o daños indirectos que sufran los terceros dañados; los daños que sean consecuencia de actos u omisiones de trabajadores o empleados del asegurado, mientras no se encuentren desempeñando actividades al servicio del mismo; daños que provengan de mercancías o productos fabricados, vendidos o distribuidos por el asegurado; actividades en/o de inmuebles que no sean precisamente los definidos específicamente dentro de la póliza, no obstante, que sean propiedad, rentados, o controlados por el asegurado; y, los errores u omisiones profesionales en la prestación de servicios.

En cuanto a los daños que se mencionarán y que son amparados por la aseguradora, ésta sólo pagará los gastos que se deriven de las reclamaciones hechas por el asegurado, los daños a que me referí son las primas sobre las fianzas necesarias para el levantamiento de embargos y las que deben otorgarse en los casos de apelación ó amparo requeridas en los procedimientos judiciales entablados contra el asegurado por el pago de la referida responsabilidad civil; siempre que el importe de las fianzas no exceda del límite máximo de la responsabilidad amparada por el seguro, queda entendido que la compañía no estará obligada a solicitar y suministrar las fianzas; los costos que en relación con el caso deba pagar el asegurado por resolución arbitral o judicial y además todos los intereses legales sobre el monto de la indemnización que condene la resolución, acumulados desde la iniciación del juicio hasta que la misma institución de seguros haya liquidado, aceptado pagar o depositado en el juzgado respectivo la parte que le corresponde de la sentencia; al asegurado en calidad de reembolso, los gastos razonables en que incurra a solicitud de la aseguradora, con motivo de la tramitación y la liquidación de las reclamaciones; en cualquier de los casos a que se refiere las cláusulas en estudio y para el efecto de determinar los pagos que en cumplimiento de este contrato sea cargo de la institución de seguros por concepto de la responsabilidad civil amparada, la misma aseguradora es la única que esta facultada para: efectuar la liquidación de las reclamaciones extrajudicial o judicialmente; hacer cualquier arreglo al respecto, dirigir cualquier juicio o promoción ante autoridad en contra del asegurado y celebrar cualquier transacción. Sin la previa autorización de la institución de seguros, el asegurado no admitirá responsabilidad alguna, no asumirá obligaciones, no hará pagos, ni incurrirá en gastos en relación al siniestro realizado, de los amparados por esta sección. No obligará a la aseguradora a hacer cualquier reconocimiento de adeudos, transacciones u otro acto jurídico de naturaleza semejante, hechos o concertados por el asegurado sin el consentimiento de la misma compañía. La confesión del asegurado acerca de la materialidad de algún hecho no implicará reconocimiento de responsabilidad de la compañía. La ayuda prestada por la compañía al asegurado o a terceros no implicará aceptación de responsabilidad; la institución de seguros pagará directamente a los terceros dañados o a quien legalmente represente sus derechos, lo que en favor de ellos arroje la liquidación extrajudicial o judicial como legal importe de la responsabilidad civil a cargo del asegurado, derivada de la realización de riesgos amparados por la sección en estudio, hasta donde alcance la respectiva suma asegurada.

En cuanto la responsabilidad civil que pudiese llegar a tener el arrendatario, la aseguradora ampara toda responsabilidad civil que resulte al asegurado por daños al edificio, que mantenga bajo contrato de arrendamiento, siempre y cuando tales daños provengan de incendio o explosión y de las cuales resulte responsable civilmente. Esta cobertura no es aplicable a ningún incendio o explosión que provenga de caso fortuito, fuerza mayor o vicio de construcción.

Cuando exista el robo con violencia y/o asalto, se cubrirán las mercancías, productos terminados, mobiliario, útiles, accesorios y demás equipo propio y necesario a la índole del negocio asegurado, mientras se encuentren dentro del referido edificio, contra pérdidas o daños materiales causados a los bienes a consecuencia de robo perpetrado por cualquier persona que haciendo uso de violencia del exterior al interior del local donde se encuentran los bienes asegurados, deje señales visibles de violencia en el lugar por donde se penetró; así como a bienes inmuebles, con motivo del robo a que se refiere el inciso anterior, o de intento de tal robo, siempre que éstos dejen las señales visibles de violencia que el mismo inciso especifica; causados por robo, asalto o intento de asalto, entendiéndose por tal el perpetrado dentro del local en que se encuentren, durante el tiempo en que este permanezca abierto al público, mediante el uso de fuerza o violencia (sea moral o física) sobre las personas.

Bajo lo anterior, la aseguradora no se encuentra obligada a responder por aquellas pérdidas o daño alguno que hay sido ocasionados en caso de robo en el cual intervengan personas por las cuales fuere civilmente responsable el asegurado, o bien que se trate de personas de las que dependan económicamente de él; si es que el asegurado no mantiene una contabilidad formal y con apego a las leyes fiscales del país en su negocio, a fin de poder determinar con exactitud el monto de la pérdida o daño; aquellas

pérdidas que provengan de robos de lingotes de oro y plata, pedrerías que no estén montadas, documentos de cualquier clase, timbres fiscales o postales, cheques, letras, pagarés, libros de contabilidad u otros libros de comercio, así como contenidos en general de cajas fuertes, bóvedas o cajas registradoras; por pérdidas directamente causadas por huelguistas o por personas que tomen parte en disturbios de carácter obrero, motines, alborotos populares o vandalismo, durante la realización de tales actos; pérdidas directamente causadas por saqueos que se realicen durante o después de la ocurrencia de un fenómeno meteorológico o sísmico que propicie que dicho acto se cometa en perjuicio del asegurado; bienes que se encuentren en patios, azoteas, jardines o en otros lugares a la intemperie, en aparadores ó vitrinas que no tengan comunicación directa al interior del local y en vestíbulos, pasillos, entradas, escaleras y demás lugares de servicio público al interior del edificio; camiones, motocicletas, automóviles y en general toda clase de vehículos automotores para transporte de personas ó que circulen en la vía pública, tarjetas telefónicas y de telefonía celular, independientemente de su valor ó forma de resguardo, así como billetes de lotería, cupones ó cualquier otro comprobante de juegos de azar ó de pronósticos para la asistencia pública.

Existen obligaciones que recaen sobre el asegurado, en cuanto a las medidas de seguridad, la prima se calcula de acuerdo a las medidas de seguridad que presenta el local ó locales amparados, mismas que se mencionan en la carátula y/o especificaciones de la póliza. El asegurado se compromete a mantener ó mejorar durante la vigencia de la póliza las medidas de seguridad en condiciones similares a las existentes al momento de contratación de la misma, ya que de lo contrario se considerará que existe una "agravación esencial del riesgo".

Respecto a la indemnización, se toma en cuenta los siguientes criterios:

- • Por lo que se refiere al primer riesgo, la empresa de seguros pagará íntegramente los daños sufridos hasta el monto de la suma asegurada, sin exceder del interés económico que el asegurado tenga en los bienes al acaecer el siniestro.
- • Siendo condición indispensable para amparar el seguro a primer riesgo, mantener siempre en vigor la cantidad mínima asegurada que aparece en la carátula de la póliza, en caso de siniestro el asegurado se obliga a reinstalar la suma asegurada cuando menos a dicha cantidad mínima. El asegurado pagará la prima adicional que corresponde.
- • Si el asegurado no mantiene en vigor dicha cantidad mínima el seguro operará automáticamente en forma proporcional, en cuyo caso el primer punto se cambiará por la de "riesgo proporcional", por el cual se entiende:
- • El riesgo proporcional, se relaciona con la cláusula de proporcionalidad, esto es, si en el momento de ocurrir un siniestro, los bienes tienen en conjunto un valor total superior a la cantidad asegurada, se determinará tal proporción. La aseguradora responderá entonces solamente en la misma proporción al daño reclamado por el asegurado.

En cuanto al dinero en efectivo, en metálico o billetes de banco, valores u otros documentos negociables y no negociables, todo propiedad del asegurado, siempre y cuando estos bienes sean propios y necesarios para realizar exclusivamente actividades del negocio asegurado, como son, pero no limitado a: letras de cambio, pagarés, cheques, acciones, bonos financieros, hipotecarios, quedarán cubiertos hasta la cantidad mencionada en la sección correspondiente en la carátula de la póliza, dentro del local del asegurado en cajas fuertes, cajas registradoras ó en poder de cajeros, pagadores, cobradores o de cualquier otro empleado del propio local o en tránsito en la República Mexicana, contra los siguientes riesgos tales como son el robo perpetrado con violencia; robo por asalto, entendiéndose por tal el perpetrado al local asegurado ó sobre las personas encargadas; del manejo de los bienes asegurados, mediante el uso de fuerza o violencia sea moral o física; pérdida de los bienes causada por incendio o explosión; pérdida o robo de los bienes, directamente atribuible a enfermedad repentina o causada por un accidente que le produzca pérdida del conocimiento, lesiones corporales o la muerte, de las personas encargadas de su manejo; y, pérdida o robo de los bienes, causado por incendio, explosión, colisión o volcadura del vehículo en el cual fuere transportada la persona o personas llevando los bienes.

Dentro de esta cobertura no quedan amparadas las pérdidas o daños causados a los bienes, o por, o como consecuencia de cualquier acto fraudulento, deshonesto o criminal que realice el asegurado o de aquellas personas como los socios directores, ejecutivos o empleados del asegurado, sea que actúen por sí solos o en colusión, con otras personas; de igual manera también se encuentran excluidos los billetes de lotería, pronósticos deportivos, lotería instantánea y en general aquellos bienes ó boletos que involucran juegos de azar; dinero y/o valores que se encuentren fuera de cajas fuertes, registradoras ó bóvedas, cuando el local se encuentre cerrado al público; bienes contenidos en negocios que no cuenten con protectores de metal en domos, siempre y cuando esto influya en la realización del siniestro; si es que al momento de ocurrir un siniestro indemnizable bajo esta póliza el asegurado no mantiene una contabilidad suficiente y válida fiscalmente que permita determinar el monto de las pérdidas sufridas; si es que estos bienes no están protegidos adecuadamente por cerraduras, chapas, seguros y demás elementos básicos de seguridad; pérdidas y/o robos derivados directamente de saqueos, pillaje, motines ó disturbios durante ó después de la ocurrencia de fenómenos naturales perjudiciales para el asegurado ó la entidad; y, si es que se trata de dinero ó valores fuera de la ubicación asegurada en horas ó fechas inhábiles, así como en tránsito a ubicaciones no aseguradas dentro de la póliza, siempre en fechas inhábiles.

En cuanto a la valuación, la aseguradora no responderá bajo ninguna circunstancia si es que se trata de valores, por una suma superior al valor real en efectivo que dichos valores tengan al concluir las operaciones de negocios al día inmediato anterior a aquél en que la pérdida haya sido descubierta. Si es que se trata de títulos nominativos, la pérdida a cargo de la institución de seguros se limita al costo que representará los gastos judiciales y de reimpresión para lograr la anulación de los títulos extraviados y su reposición por nuevos.

Si es que existiere rotura de cristales del edificio, lo que se cubre son las pérdidas o daños materiales de los cristales asegurados, causados por rotura accidental, que se encuentren debidamente instalados y que formen parte del edificio señalado en la carátula de la póliza, pero sin que exceda de los límites especificados.

Existen riesgos que se encuentran excluidos, pero si es que llega a existir una manifestación de las partes, y quede establecido de manera expresa, esta cobertura ampara los daños o pérdidas materiales causadas por remoción de cristal y mientras no quede debidamente colocado; el decorado del cristal (tales como plateado, dorado, teñido, pintado, grabado, corte, rótulos y análogos) o en sus marcos; y, por reparaciones, alteraciones, mejoras y/o pintura del local aquí descrito y/o del cristal o cristales asegurados.

Los riesgos que dentro de esta cobertura, que bajo ninguna circunstancia pueden ser cubiertos como son las pérdidas o daños ocasionados a causa de raspaduras u otros defectos superficiales y aquellos que provengan de siniestros causados por dolo, mala fe o culpa grave.

En cuanto a los anuncios luminosos, rótulos, carteleras, pantallas electrónicas y espectaculares, quedan amparados contra todo riesgo por daño material, causado a los mismos mientras se encuentran instalados y fijos en el edificio cuya ubicación se menciona en la carátula de la póliza, según se especifica en la relación adjunta a la misma.

Al igual que en las demás coberturas, existen bienes que no quedan amparados, como lo es el caso de los daños o pérdidas que se deriven de el uso, desgaste, depreciación normal ó vicio propio, ni de cualquier obra de renovación, reparación ó mientras se esté trabajando en él, ó los anuncios asegurados; corto circuito ú otros desarreglos eléctricos ó mecánicos internos de cualquier clase; trabajos de operarios ocupados en la construcción, demolición, modificación ó reparación del edificio en el que esté colocado el anuncio; y, los daños, desgaste, deterioro causado por la exposición natural al clima.

Si se trata de calderas y/o aparatos sujetos a presión, los riesgos que ampara esta cobertura limitada, son la rotura súbita y violenta de cualquier parte de la caldera, causada por presión de vapor, agua u otro líquido dentro de la misma, que produzca la destrucción total o parcial de la caldera o de las demás partes comprendidas en el seguro, o de ambas cosas; la explosión de gas súbita y violenta del combustible no quemado dentro del horno de la caldera o de los conductos de gases desde el horno hasta la chimenea, pero solamente cuando en el horno de la caldera se esté utilizando el combustible que mencionan en la carátula de la póliza. Esta cobertura limitada no ampara el agrietamiento, la deformación ni la quemadura de cualquier parte de la caldera, ni la rotura de cualquier disco de seguridad, diafragma de ruptura o tapón de fusible ni la fuga en cualquier válvula, junta o conexión.

La cobertura amplia de las calderas y/o aparatos sujetos a presión comprende riesgos como la rotura súbita y violenta de cualquier parte de la caldera, causada por la presión de vapor, agua u otro líquido dentro de la misma; la explosión de gas súbita y violentamente dentro del horno de la caldera conducto de gases desde el horno hasta la chimenea, pero solo cuando en el horno de la caldera se esté utilizando el combustible que se menciona en la póliza; la deformación súbita, violenta o instantánea de cualquier parte de la caldera, provocada por presión de agua o de vapor dentro de la misma caldera y que inmediatamente evite o haga inseguro su uso; el agrietamiento de cualquier parte de fierro fundido, cobre o bronce, en calderas de baja presión o sea presión máxi (así) de trabajo de 10.5 kilogramos por centímetro cuadrado en vapor y de 2.10 kilogramos por centímetro cuadrado de agua; la quemadura por insuficiencia de vapor o agua en el interior de la caldera y que inmediatamente evite o haga inseguro su uso de la misma. Esta cobertura amplia no ampara el desgarramiento, la quemadura, la deformación o el agrietamiento de cualquier disco de seguridad del diafragma de ruptura o del tapón fusible, ni la fuga en cualquier válvula, junta o conexión.

También queda amparado dentro de la contratación del seguro, los riesgos que traten de los recipientes sujetos presión y cubre la rotura provocada en forma súbita, violenta o instantánea por la presión de vapor, aire, gas o líquido que contenga el recipiente, o la deformación del recipiente o de cualquiera de sus partes provocada en forma súbita, violenta e instantánea por la presión del vapor, aire, gas o líquido en el contenido o por vacío en el interior del recipiente; así como el agrietamiento provocado en forma súbita, violenta o instantánea de cualquier parte de un recipiente que sea fierro fundido, si tal agrietamiento permite la fuga de vapor, aire, gas o líquido. En consecuencia, no se ampara rotura, deformación o agrietamiento de cualquier disco de seguridad, diafragma de ruptura tapón fusible, ni fugas en válvulas, guarniciones, juntas o conexiones.

Dentro de esta cobertura de recipientes sujetos a presión encontramos que las exclusiones que le corresponden son los daños materiales generados por los bienes asegurados y que sean consecuencia de incendio, ya sea que éste ocurra antes, al momento o después de la realización de alguno de los riesgos cubiertos; o uso de agua u otros medios para extinguir el fuego; explosión originada de combustión fuera de las calderas o de los recipientes sujetos a presión, ya sea simultánea o posterior a la realización del riesgo; dolo, mala fe o culpa grave del asegurado o de la persona responsable de su dirección técnica; fugas, deformaciones

graduales, evolución de ampollas u otras imperfecciones del material del que estén contruidos, a menos que tales defectos sean causa de la realización de cualesquiera de los riesgos ya descritos; rotura, falla mecánica o falla de resistencia de cualquiera de sus partes por desgaste como consecuencia de su uso, de ralladuras, corrosión, oxidación o incrustaciones a menos que originen la realización de uno o más riesgos mencionados; cambios estructurales o de diseño, ampliaciones, reducciones, cambios en sus equipos auxiliares de operación, o uso de un combustible diferente del consignado en la carátula de la póliza; a menos que el asegurado dé aviso de ello por escrito con diez días de anticipación a la aseguradora y que ésta exprese su conformidad al respecto también por escrito; caída de chimeneas que no estén directamente soportadas por la estructura de las calderas; reparaciones efectuadas en forma provisional; someterlos normalmente a presión superior a la máxima autorizada en la carátula de la póliza, o sujetarlos a cualquier clase de prueba; uso de energía atómica o fuerza radioactiva, cualquiera que sea su procedencia; o reacción, radiación nuclear, o contaminación radioactiva; ya sean controladas o no; sin importar que los daños materiales que ocasionen sean próximos o remotos ni que los sufran o causen directa o indirectamente, los bienes asegurados; pérdidas o daños a otros bienes del asegurado, de sus familiares, dependientes, empleados u obreros, o que estén bajo la custodia de cualesquiera de ellos; y, los daños a lo que esté contenido en cualquiera de los bienes asegurados, que resulten de haberse realizado en esos cualquiera o cualesquiera de los riesgos cubiertos dentro de esta cobertura.

Tampoco ampara esta cobertura, aquellas pérdidas que se deriven de manera directa o indirecta de la paralización o interrupción de negocios o de procesos de manufactura; falta de fuerza motriz, luz, calor, vapor o refrigeración; pérdida de uso de bienes a terceros; y, cualquier otra consecuencia indirecta de riesgo realizado.

De igual manera, se excluyen las responsabilidades legales o contractuales que resulten imputables al fabricante de los bienes asegurados, así como los gastos erogados por el asegurado, como consecuencia de la realización de un riesgo cubierto, por concepto de gratificaciones o prestaciones extraordinarias concedidas a sus empleados u obreros, o de honorarios a técnicos cuyos servicios no hayan sido autorizados por la institución de seguros.

En cuanto a la responsabilidad que tiene la aseguradora por los daños sufridos a los bienes del asegurado, y que exista pérdida por la realización del siniestro, se podrá optar entre pagar el importe de la pérdida, o reponer, o reparar el bien o los bienes asegurados y dañados.

En este tipo de seguro, la pérdida total se entiende como la destrucción completa de los bienes asegurados, o la que sin ser completa requiera reparaciones de esos bienes, cuyo importe sea igual o mayor al valor actual de ellos; y por valor actual se entiende el de los bienes asegurados y dañados, deducida la correspondiente depreciación; en el momento inmediato anterior del siniestro.

Se toma en cuenta que para el pago de la indemnización por pérdida total consistirá en el del valor de los bienes asegurados y dañados, menos el del salvamento, si esto lo hubiere y no lo adquiere la empresa de seguros.

Y en cuanto a la reposición de la pérdida se hará, a satisfacción del asegurado, con bienes de valor igual al actual, como éste se deja definido, de los bienes asegurados o dañados.

Al presentarse la pérdida total, una vez pagada la indemnización correspondiente; el seguro terminará respecto al bien o los bienes dañados.

Para el supuesto de pérdidas parciales, la aseguradora tiene la obligación de pagar íntegramente el importe de los daños sufridos hasta el monto de la suma asegurada asignada a cada caldera o recipiente sujeto a presión asegurados y dañado, sin exceder del valor actual de esos bienes al acaecer el siniestro.

De lo anterior, se desprende que el valor de la indemnización comprenderá el importe de los gastos necesarios para dejar los bienes asegurados en condiciones de operación similares a las existentes inmediatamente antes de ocurrir el siniestro. Gastos que comprende el costo de la reparación según factura presentada por el asegurado, incluyendo el de desmontaje, el nuevo montaje y el flete ordinario de las piezas de repuesto y materiales, excepto el aéreo; así como los gastos aduanales si los hay. La aseguradora no se encuentra obligada a responder de daños ocasionados por el transporte de los bienes objeto de la reparación, pero se obliga a pagar el importe de la prima del seguro de transporte que el asegurado deberá tomar para amparar los bienes dañados durante su traslado, y desde el taller donde se lleva a cabo la reparación, dondequiera que se encuentre.

Cuando la reparación o parte de ella se haga en el taller del asegurado, los gastos consistirán en el importe de los costos de los materiales y mano de obra originados por la reparación, más un porcentaje que de común acuerdo fijarán las partes para cubrir los gastos generales fijos de dicho taller. A falta de acuerdo, la institución de seguros pagará por este concepto el 10% sobre el costo de la reparación.

En cuanto a los gastos de envío por servicio express y de tiempo extra, sea este último, por salarios extraordinarios, se pagarán sólo cuando se encuentren asegurados específicamente. En ningún caso se cubrirán los gastos por transporte aéreo.

Por aquellos gastos que se generen de cualquier reparación provisional serán a cargo del asegurado, a menos que constituya parte de los gastos de la reparación definitiva. El costo de reacondicionamiento, modificaciones o mejoras efectuadas que no sean necesarias para la reparación del daño, serán a cargo del asegurado.

A continuación, se realiza el estudio de las condiciones generales que resultan aplicables al seguro en general y a las coberturas anteriormente expuestas, por lo que se empezará el estudio de dichas condiciones con los riesgos que se encuentran excluidos en los cuales se establece que la aseguradora, bajo ninguna circunstancias es responsable por los daños y pérdidas que se deriven de la destrucción de los bienes por acto de autoridad; hostilidades, actividades u operaciones de guerra declarada o no, actos de terrorismo, guerra intestina, revolución, rebelión, insurrección, suspensión de garantías o acontecimientos que originen esas situaciones de hecho o de derecho; expropiación, requisición, incautación o detención de los bienes por las autoridades; y, por reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radioactiva.

En cuanto al límite territorial, este seguro solo podrá surtir efectos en cuanto a los daños y/o pérdidas que ocurran dentro de la República Mexicana, limite que también es aplicable para los gastos realizados.

Por lo que hace a la disminución y reinstalación de la suma asegurada en caso de siniestro, se establece que toda indemnización que la aseguradora pague, reducirá en igual cantidad la suma asegurada en cualesquiera de las secciones contenidas dentro de la póliza que se vean afectadas por siniestro, pudiendo ser reinstaladas previa aceptación de la compañía, a solicitud del asegurado, quien pagará la prima que corresponda.

Únicamente aplicable a las coberturas en estudio del edificio, sus contenidos, pérdidas consecuenciales y anuncios luminosos. La suma asegurada se fija por el asegurado y no es prueba ni de la existencia ni del valor de los bienes asegurados; únicamente representa la base para limitar responsabilidad máxima de la institución de seguros.

Como se ha establecido en capítulos anteriores, bajo el supuesto de que en el momento de ocurrir un siniestro, los bienes tienen en conjunto un valor superior a la cantidad asegurada, la aseguradora sólo responderá de manera proporcional al daño causado. Si la póliza comprende varios incisos, la presente condición será aplicable a cada uno de ellos por separado.

En cuanto a la realización del siniestro se siguen las reglas generales establecidas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en el entendido de que al ocurrir algún siniestro que pudiera dar lugar a indemnizaciones, el asegurado se obliga a comunicarlo por escrito a la aseguradora a más tardar dentro de las veinticuatro horas siguientes a partir del momento en que tenga conocimiento del hecho. La falta oportuna de este aviso podrá dar lugar a que la indemnización sea reducida a la cantidad que originalmente hubiere importado el siniestro si la aseguradora hubiere tenido pronto aviso sobre el mismo. La institución de seguros en caso de siniestro que afecte bienes, podrá optar por sustituirlos o repararlos a satisfacción del asegurado, o bien a pagar en efectivo el valor real de los mismos en la fecha del siniestro sin exceder de la suma asegurada en vigor.

En el caso de que exista robo u otro acto delictuoso, que pueda ser motivo de reclamación al amparo de la póliza, el asegurado deberá dar aviso directamente a la aseguradora para conseguir la recuperación de los bienes o del importe del daño resentido. En el supuesto de que se solicite, el asegurado otorgará a la brevedad posible, poder suficiente en favor de la institución de seguros o de quien ella misma designe, para tomar por su cuenta gestionar a nombre del asegurado la defensa o arreglo de cualquier reclamación o de seguir a nombre de él y en provecho propio, la reclamación por indemnización o daños y perjuicios, u otra cualquiera contra terceros. La institución de seguros tendrá libertad plena para la gestión del proceso o arreglo de cualquier reclamación o de seguir a nombre de él y en provecho propio, la reclamación por indemnizaciones de daños o perjuicios, u otra cualquiera contra terceros. El asegurado le proporcionará todos los informes o ayuda que sean necesarios. Cualquier ayuda que la institución de seguros o sus representantes presten al asegurado o a terceros, no deberá interpretarse como aceptación de responsabilidad.

Al momento de ocurrir el siniestro, bajo la circunstancia de que se destruyan o perjudiquen los bienes y que no haya sido fijada la indemnización que le corresponda, la empresa de seguros tiene la facultad de tomar medidas como el penetrar en los edificios o locales en que ocurrió el siniestro para determinar su causa y extensión; hacer examinar, clasificar y valorizar los bienes dondequiera que se encuentren. En ninguna circunstancia la aseguradora se obliga a encargarse de la venta o liquidación de los bienes o de sus restos, ni el asegurado tendrá derecho a hacer abandono de los mismos a la aseguradora.

Se extinguen las obligaciones de la aseguradora, si es que el asegurado, beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirán o podrán restringir dichas obligaciones; si no se entrega dentro del tiempo establecido a la aseguradora, los documentos requeridos y que esto se haga con algún propósito; si hubiere en el siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario, de los causahabientes ó de los apoderados de cualesquiera de ellos; y si el siniestro se debe a grave culpa del asegurado.

Para el pago de las indemnizaciones, la aseguradora hará el pago de cualquier indemnización en su domicilio social, en el curso

de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

La competencia para conocer en caso de controversia, se determina el quejoso deberá ocurrir a la CONDUSEF (Comisión Nacional para la Protección y Defensa a los Usuarios de Servicios Financieros), en los términos del artículo 68 de la Ley de la CONDUSEF (Ley de Protección y Defensa a los Usuarios de Servicios Financieros) y si dicho organismo no es designado árbitro, podrá recurrir a los tribunales competentes del domicilio de la aseguradora.

Sabemos que el contrato se puede dar por terminado anticipadamente por cualquiera de las partes, lo cual debe hacerse mediante notificación escrita; si el asegurado es quien dio por terminado el contrato de seguro, la aseguradora tiene el derecho de la prima correspondiente al tiempo en el cual el seguro hubiere estado en vigor de acuerdo con la siguiente tarifa para seguros a corto plazo.

Vigencia del seguro	Porcentaje de la prima anual aplicada (%)
Hasta 10 días	10%
Un mes	20%
Un mes y medio	25%
Dos meses	30%
Tres meses	40%
Cuatro meses	50%
Cinco meses	60%
Seis meses	70%
Siete meses	75%
Ocho meses	80%
Nueve meses	85%
Diez meses	90%
Once meses	95%

Si es la aseguradora quien lo da por terminado, deberá de notificar al asegurado, dicha notificación surtirá efectos para la terminación del seguro después de quince días de recibida la notificación respectiva. Por lo que la institución de seguros deberá devolver la totalidad de la prima no devengada dentro de los quince días siguientes a la fecha en que surta efecto la terminación del contrato.

#### 4.1.3. En el seguro de robo.

Para poder entender el seguro contra robo, tomaré, como ejemplo, una póliza de seguro contra robo de mercancías en expendios, bodegas y fabricas, expedida por la institución de seguros Banorte. Se hará el estudio de las aspectos convencionales que no están contemplados dentro de la ley, por lo que a continuación procederé al estudio de las condiciones generales, que en primer lugar, se analizan los bienes que se encuentran asegurados dentro de esta póliza, por lo que este seguro cubre las mercancías, materias primas, productos en proceso, productos terminados, maquinaria, mobiliario, útiles, accesorios y demás equipo propio necesario de la índole del negocio asegurado; artículos raros o de arte y, en general, aquellos que no sean necesarios de la índole del negocio asegurado y que expresamente se enumeran y se especifican en la presente póliza. Los bienes mencionados sólo serán cubiertos mientras se encuentren dentro del local mencionado en la carátula de la póliza.

En cuanto a la cobertura básica que abarca el robo con violencia, solamente se cubrirá la pérdida de los bienes asegurados, a consecuencia de robo perpetrado por cualquier persona o personas que haciendo uso de la violencia del exterior al interior del local en que aquéllos se encuentren, dejen señales visibles de la violencia en el lugar por donde se penetró, así como los daños materiales que sufran los bienes muebles o inmuebles causados con motivo del robo o intento de robo a que se refiere el punto anterior.

Por lo que hace a los riesgos que no se encuentran amparados dentro del contrato, pero que si se existe convenio expreso pueden ser cubiertos encontramos el robo de lingotes de oro y plata, alhajas y pedrerías que no estén montadas; robo por asalto o intento del mismo entendiéndose por este el perpetrado dentro del local, mediante el uso de fuerza o violencia, sea moral o física sobre las personas.

Para los efectos de la póliza en estudio queda excluido de esta cobertura los aparadores o vitrinas que no tengan comunicación directa al interior del local; y los vestíbulos, pasillos, entradas, escaleras y demás lugares de servicio público del interior del edificio.

A su vez, este seguro cubre los bienes asegurados contra robo en que intervinieren personas por las cuales el asegurado fuere civilmente responsable; robo causado por los beneficiarios o causahabientes del asegurado o por los apoderados de cualquiera de

ellos; pérdidas que provengan de robo de títulos, obligaciones o documentos de cualquier clase, timbres postales o fiscales, monedas, billetes de banco, cheques, letras, pagarés, libros de contabilidad y otros libros de comercio, así como contenidos en general de cajas fuertes, bóvedas o cajas registradoras; pérdidas directamente causadas por huelguistas o por personas que tomen parte en disturbios de carácter obrero, motines, alborotos populares o vandalismo, durante la realización de tales actos; pérdidas directamente causadas por saqueos que se realicen durante o después de la ocurrencia de algún fenómeno meteorológico o sísmico, reacción nuclear o contaminación radioactiva, que propicie que dichos actos se cometan en perjuicio del asegurado; si el robo o conato ocurre durante el tiempo en que el local permanezca abierto al público, salvo cuando se contrate la cobertura adicional de asalto; destrucción de los bienes por actos de autoridad legalmente reconocida con motivo de sus funciones; hostilidades, actividades u operaciones de guerra, declarada o no, invasión de enemigo extranjero, guerra intestina, rebelión, suspensión de garantías o acontecimientos que originen esas situaciones de hecho o de derecho; expropiación, requisición, confiscación, incautación o detención de los bienes por las autoridades legalmente reconocidas con motivo de sus funciones.

En cuanto a la indemnización que deberá de realizar la empresa de seguros encontramos que el seguro a primer riesgo, la aseguradora pagará íntegramente el importe de los daños sufridos, hasta el monto de la suma asegurada, sin exceder del valor comercial que tengan los bienes al acaecer el siniestro. Es condición indispensable para que este seguro opere a primer riesgo mantener siempre en vigor, como mínimo asegurado, la cantidad que aparece en la carátula de la póliza. En caso de siniestro, el asegurado se obliga a reinstalar la suma asegurada, cuando menos a dicha cantidad mínima y a pagar la prima adicional que corresponda. Si el asegurado no mantuviere en vigor dicha cantidad mínima, este seguro operará automáticamente en forma proporcional.

Por lo que hace a la indemnización del seguro proporcional, si en el momento de ocurrir un siniestro la suma asegurada en vigor es inferior a la suma mínima asegurada a primer riesgo y los bienes asegurados tienen en conjunto un valor total superior a aquélla, la aseguradora responderá solamente por el daño causado en la misma proporción que exista entre dicha suma asegurada en vigor y el valor de todos los bienes amparados.

Bajo el supuesto de que exista un daño material a bienes, en los términos de las condiciones generales, la empresa de seguros podrá optar por substituirlos o repararlos a satisfacción del asegurado, o bien, pagar en efectivo el valor real de los mismos en la fecha del siniestro, sin exceder de la suma asegurada en vigor.

Por otra parte, si es que existiera pérdida o daño indemnizable bajo la póliza, siempre quedará a cargo del asegurado una cantidad equivalente al 10% de la suma asegurada contratada para los bienes que resulten perdidos o dañados.

Dentro de este seguro, se siguen los procedimientos establecidos en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, para dar el aviso del siniestro, así como de la conservación del bien asegurado y la entrega de documentos requeridos por la aseguradora, sin perjuicio de que sin dicha documentación, se considerará comprobada la realización del siniestro, para los efectos de este seguro con la sola presentación de la denuncia penal, su ratificación y pruebas de propiedad y preexistencia. Y no se podrá exigir que el siniestro sea comprobado en juicio.

Toda indemnización que la institución de seguros deba pagar reducirá en igual cantidad la suma asegurada, que se vea afectado por siniestro, pero puede ser reinstalada, previa aceptación de la aseguradora, a solicitud del asegurado, quien pagará la prima que corresponda.

La institución de seguros, en el supuesto de que tenga el verificativo el siniestro que destruya o perjudique los bienes o mientras no se haya fijado definitivamente el importe de la indemnización correspondiente, la empresa de seguros tiene la facultad para poder penetrar en el local del asegurado en que ocurrió el siniestro para determinar su extensión; para hacer examinar, clasificar y valorizar los bienes donde quiera que se encuentren, pero en ningún caso está obligada la aseguradora a encargarse de la venta o liquidación de los bienes o de sus restos, ni el asegurado tendrá derecho a hacer abandono de los mismos a la institución.

Todas aquellas obligaciones adquiridas por la aseguradora, se extinguen bajo el supuesto de que el asegurado, el beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones; como ya se ha visto también es causa de extinción de las obligaciones de la aseguradora, que el asegurado omita entregar la documentación requerida ó si existiera en el siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario, de los causahabientes o de los apoderados de cualquiera de ellos.

Referente a la terminación anticipada del contrato, como ya se ha estudiado debe hacerse por escrito y si es el asegurado quien lo da por terminado la aseguradora, tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la siguiente tarifa para seguro a corto plazo autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la cual es la siguiente:

Periodo	Porcentaje de la prima anual
Hasta 10 días	10%
Hasta 1 mes	20%

Hasta 1 1/2 meses	25%
Hasta 2 meses	30%
Hasta 3 meses	40%
Hasta 4 meses	50%
Hasta 5 meses	60%
Hasta 6 meses	70%
Hasta 7 meses	75%
Hasta 8 meses	80%
Hasta 9 meses	85%
Hasta 10 meses	90%
Hasta 11 meses	95%

Si es que la aseguradora es quien lo da por terminado, se seguirán las reglas estudiadas en los dos seguros anteriores.

En cuanto a la agravación del riesgo el asegurado está obligado a comunicar a la institución de seguros cualquier circunstancia que, durante la vigencia de este seguro, provoque una agravación esencial de los riesgos cubiertos, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que tenga conocimiento de tales circunstancias. Si el asegurado omitiere el aviso o si él mismo provocare la agravación esencial de los riesgos, la institución de seguros quedará, en lo sucesivo, liberada de toda obligación derivada de este seguro.

En el supuesto de que la empresa de seguros, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal, quedará convencionalmente obligada a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado un interés moratorio anual equivalente a la media aritmética de las tasas de rendimiento brutas correspondientes a las series de certificados de la tesorería de la federación (CETES), emitidas durante el lapso de mora. En defecto de los CETES se aplicará la tasa de rendimiento de los depósitos bancarios de dinero a plazo de noventa días para el cálculo del interés moratorio convencional.

Lo anterior, no es aplicable en los casos a que se refiere el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por lo que debe prevalecer el interés previsto en la ley y no el convencional, ya que el legal es irrenunciable.

#### 4.1.4. En el seguro contra incendio.

Por lo que hace al seguro contra incendio, se estudiará una póliza de seguros emitida por la aseguradora La Peninsular Seguros, S.A., la cual servirá para darnos una mayor comprensión acerca de este tipo de coberturas y sus alcances en las cuestiones convencionales. Empezaré con el estudio de las condiciones generales contra las pérdidas o daños causados por incendio o rayo. Si los bienes o parte de ellos fueren destruidos o dañados dentro de la vigencia del seguro la aseguradora conviene en indemnizar al asegurado el importe de los daños sufridos, de acuerdo con las condiciones generales y especiales estipuladas, teniendo prelación las últimas sobre las primeras, no excediendo la indemnización de cada riesgo cubierto en cada inciso en caso de haberlos la cantidad asignada en cada uno de ellos, ni al total de la suma asegurada y en ningún caso excederá del valor real que los bienes asegurados tengan en el momento del siniestro. Igualmente se cubren los bienes del asegurado que el mismo tenga bajo su cuidado por cuenta ajena y por los cuales sea legalmente responsable.

Los bienes que no se encuentran amparados por los riesgos pero que si se establece expresamente entre las partes, se pueden cubrir los daños causados por el incendio o rayo; así como también los bienes contenidos en plantas refrigeradoras o aparatos de refrigeración por cambio de temperatura; lingotes de oro y plata, alhajas y pedrerías que no estén montadas; objetos raros o de arte cuyo valor unitario o por juego sea superior al equivalente de 300 días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal al momento de la contratación; manuscritos, planos, croquis, dibujos, patrones, modelos o moldes; daños materiales causados por los riesgos de combustión espontánea y remoción de escombros.

Dentro de los riesgos que no serán cubiertos bajo ninguna circunstancia, son los daños que por fermentación, vicio propio o por cualquier procedimiento de calefacción o de desecación a la cual hubieren sido sometidos los bienes, a menos que el daño sea causado por cualquiera de los riesgos amparados en la póliza, en los dos últimos casos; por destrucción de los bienes por actos de autoridad, legalmente reconocida con motivo de sus funciones, salvo en el caso que sean tendientes a evitar una conflagración o en cumplimiento de un deber de humanidad; por hostilidades, actividades u operaciones de guerra declarada o no, invasión de enemigo extranjero, guerra intestina, rebelión, insurrección, suspensión de garantías o acontecimientos que originan estas situaciones de hecho o de derecho; cuando provengan de siniestros causados por dolo o mala fe; en máquinas, aparatos o accesorios que se emplean para producir, transformar o utilizar corrientes eléctricas, cuando dichos daños sean causados, por corrientes normales o sobre corrientes en el sistema, cualquiera que sea la causa (interna o externa); por robo de bienes ocurridos durante el siniestro; y, a títulos, obligaciones o documentos de cualquier clase, timbres postales o fiscales, monedas, billetes de

banco, cheques, letras, pagarés, libros de contabilidad máxima u otros libros de comercio.

La suma asegurada se fija por el asegurado y no es prueba ni de la existencia ni del valor de los bienes, únicamente representa la base para limitar la responsabilidad máxima de la aseguradora. Por lo que si al ocurrir un siniestro, los bienes tienen en conjunto un valor total superior a la cantidad asegurada, la empresa de seguros responderá, solamente de manera proporcional al daño causado. Si la póliza comprende varios incisos, la presente estipulación será aplicable a cada uno de ellos por separado.

Si al realizarse el siniestro, el asegurado con la intención de salvaguardarlos de pérdidas o daños traslada los bienes a cualquier edificio, propiedad o predio no mencionado en la póliza, para que continúen cubiertos en la nueva ubicación, lo deberá notificar a la aseguradora por escrito dentro de los 5 días hábiles siguientes.

Al generarse el siniestro que implique la destrucción o que perjudique bienes, y si es que no ha sido fijada de manera definitiva el importe de la indemnización que corresponda, la aseguradora tiene el derecho de penetrar en los edificios o locales en que ocurrió el siniestro para determinar su causa y extensión, así como de hacer examinar, clasificar y valorizar los bienes dondequiera que se encuentren. En ningún caso estará obligada la aseguradora a encargarse de la venta o liquidación de los bienes o de sus restos, ni el asegurado.

En este seguro resulta aplicable la cláusula que ha sido estudiada dentro de los seguros analizados con anterioridad, que establece que toda indemnización que la institución de seguros pague reducirá en igual cantidad la suma asegurada, pudiendo ser reinstalada a solicitud del asegurado, quien pagará la prima que corresponda. Si la póliza comprendiere varios incisos, la reducción o reinstalación se aplicará al inciso o incisos afectados.

Al igual que en los seguros ya estudiados, se establece que la manera en que la institución de seguros quede exenta de sus obligaciones es cuando el asegurado, el beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerle incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones; cuando con igual propósito no entregan a tiempo a la aseguradora la documentación requerida; o bien, cuando en el siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del asegurado, el beneficiario de los causahabientes o de los apoderados de cualquiera de ellos.

Por lo que se refiere a la terminación anticipada del contrato, se establecen las mismas sanciones pecuniarias que ya han sido analizadas en los apartados anteriores.

Se estipulan beneficios para el asegurado, esto es, si durante la vigencia de la póliza las autoridades aprueban extensiones o nuevas coberturas de la misma, sin cargo adicional de prima, serán aplicables automáticamente en beneficio del asegurado. De igual manera, si durante la vigencia del seguro disminuyen las tarifas aprobadas, a la terminación de este contrato o antes a solicitud del asegurado, la empresa de seguros le bonificará la diferencia entre la prima pactada y la prima modificada desde la fecha de tal rebaja hasta la terminación del seguro.

En caso de que exista controversia entre las partes y a fin de dirimir dicha controversia el quejoso deberá ocurrir a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (hoy Comisión Nacional para la Protección y Defensa a los Usuarios de Servicios Financieros – CONDUSEF-), en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, si dicho organismo no es designado árbitro, podrá ocurrir a los tribunales competentes del domicilio de la aseguradora.

Se establece un interés moratorio en el supuesto de que la aseguradora, no obstante de haberse allegado de la información necesaria para fundamentar la reclamación presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, se obliga a pagar el interés moratorio que corresponderá a una tasa anual igual al promedio del costo porcentual promedio de captación que publica mensualmente el Banco de México, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de treinta días señalado en el citado precepto, en la actualidad debe estarse a la sanción moratoria comprendida en el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Por último, dentro de las diferentes pólizas se hace mención a un determinado porcentaje de sustancias inflamables o explosivas, tal porcentaje se calculará sobre el valor total de las existencias, considerándose como sustancias inflamables o explosivas, todas aquellas sustancias que en estado sólido, líquido o gaseoso con punto de inflamabilidad menor a 93 grados centígrados (200 grados F), tales como: aceites, (vegetales, minerales y animales), excepción de aceites y lubricantes en botes o tambores cerrados; ácido crómico cristalizado, crómatos y análogos, ácido pícrico y picratos; ácido salicílico cristalizado; ácidos fuertes (sulfúrico, clorhídrico y nítrico); azufre, barnices, lacas y pinturas preparadas con disolventes orgánicos (excluyendo los que estén empacados en receptáculos de metal cerrados herméticamente); bebidas alcohólicas con graduación mayor de 22 grados gay lusac (con excepción de las embotelladas); brea; cal viva; carbón en polvo; carburo de calcio; celuloide y otras sustancias análogas; cerillos y fósforos; cianuros; cloratos; cloritos, percloraitos; y percloritos; colorantes y pigmentos (excepto los envasados en receptáculos de metal cerrados herméticamente), desperdicios compuestos por sustancias carbonosas (papel, madera, textiles, etc.); explosivos en general (incluyendo cartuchos o parque, cápsulas de percusión, cohetes y juegos artificiales); fibras vegetales y sintéticas; fósforo rojo, blanco y amarillo; gases envasados a presión; hidróxido de sodio y potasio en estado sólido o en solución con una

concentración de 50 a 70 % (de 48-55 grados be.) litio metálico; magnesio metálico; mechas para minas; negro de humo (mineral, vegetal o aluminio y magnesia metálico, polvos de materiales orgánicos, potasio metálico; sesquisulfuro de fósforo sulfuro de antimonio; sulfuro de hidrógeno; tintes preparados con disolventes orgánicos (excluyendo los que estén envasados en receptáculos de metal cerrados herméticamente).

Por lo tanto el asegurado se obliga a que dicho porcentaje no exceda de lo estipulado.

#### 4.1.5. En el seguro de crédito.

Por lo que hace a este seguro, se estudiará una póliza de seguro de crédito interno, la cual se analizará en su aspecto más importante, es una póliza expedida por la institución de seguros Bancomext, S.A. de C.V..

En este seguro se establece que bajo los términos y condiciones establecidos dentro del contrato de seguro, la institución de seguros se obliga a pagar al asegurado una indemnización que corresponde hasta el 90% de las pérdidas netas que éste sufra como consecuencia de la falta de pago de sus ventas a crédito ("créditos") celebradas con sus compradores en México. Como contraprestación, el asegurado se obliga a pagar a la aseguradora los gastos de expedición de la póliza y las primas correspondientes, conforme a lo establecido en las condiciones generales.

La aseguradora pagará al asegurado, siempre y cuando se hubieren cumplido los requisitos establecidos en las condiciones generales. Las pérdidas netas del asegurado, por las que la aseguradora pagará el seguro, serán calculadas conforme a lo establecido en la póliza.

La obligación de cubrir la comisión por apertura de la póliza queda a cargo del asegurado, así como también deberá pagar a la compañía por los créditos que éste declare, la prima establecida en la carátula de la póliza.

En este seguro las primas serán calculadas tomando como base lo establecido en la carátula de la póliza vigente en la fecha de cada crédito. Dichas primas generarán el impuesto al valor agregado correspondiente. La prima por cada crédito se calculará multiplicando la cuota correspondiente por el valor total del monto del mismo.

Como ya se ha mencionado la aseguradora cubrirá al asegurado el 90% de las pérdidas netas que éste sufra, derivadas de la falta de pago de aquellos créditos realizados durante la vigencia de la póliza y que los bienes correspondientes hayan sido recibidos y aceptados por el comprador. Las causas por las que la aseguradora pagará la indemnización serán aquellas que se deriven directamente de un incumplimiento de pago por parte del comprador en alguno de los siguientes casos, los cuales en lo sucesivo serán identificados como los riesgos cubiertos:

- • Mora prolongada, que se define como la falta de pago de los bienes recibidos y aceptados por el comprador, como consecuencia de una mora prolongada por un lapso de ciento ochenta días naturales, imputable al comprador. Dicho plazo se contará a partir de que la obligación a cargo del comprador es exigible.
- • Insolvencia, por la que se entiende la falta de pago del comprador como consecuencia de la suspensión de pagos, quiebra o insolvencia del mismo, declarada por autoridad competente conforme a la legislación mexicana, ó celebración de un convenio para evitar la quiebra del comprador, que implique prórroga al plazo original del crédito o quita de pasivo, siempre que la participación del asegurado en el mismo, sea previamente aprobada por la aseguradora, o bien, cuando se compruebe que el ejercicio de la acción legal para obtener el pago del crédito, resultaría inútil ya que los gastos de cobranza a efectuarse serían superiores al monto exigible. En comentario a esta exclusión, la suspensión de pagos y la quiebra fueron abrogadas por la actual ley de concursos mercantiles.

La institución de seguros, se libera de toda responsabilidad que tenga ante el asegurado cuando éste tenga una participación accionaria mayoritaria, o por cualquier otro medio legal tenga el control mayoritario del comprador, o cuando el comprador tenga una participación accionaria mayoritaria o por cualquier otro medio legal tenga el control mayoritario del asegurado, y cuando la falta de pago sea consecuencia de la realización de cualquier riesgo no incluido en esta póliza.

Quedará a cargo del asegurado un monto denominado deducible, mismo que se establecerá en la carátula de la póliza y será equivalente a un porcentaje del monto asegurado por embarque, aplicándose el monto total de las pérdidas netas incurridas por el asegurado, como consecuencia de la realización de algún riesgo, deberá ser mayor al deducible, antes de que la aseguradora pague cualquier indemnización al amparo de la póliza.

Por otra parte, si es que a juicio de la aseguradora existan hechos relacionados con clientes del asegurado, que constituyan agravación de algunos de los riesgos, la misma podrá efectuar las modificaciones que estime convenientes, teniendo el asegurado un plazo de quince días naturales contados a partir de que reciba la notificación correspondiente, para exponer de igual manera lo que a su interés convenga, si no lo hiciere se tendrán por aceptadas las nuevas condiciones. Las modificaciones descritas sólo se

aplicarán a los créditos realizados posteriormente a la fecha en que la institución de seguros las haya hecho del conocimiento del asegurado. Dichas notificaciones se realizarán vía fax, correo electrónico, cartas o cualquier otro medio de comunicación, y su recepción deberá ser confirmada por el asegurado dentro de un plazo de tres días hábiles, en caso de no realizarse esta confirmación se entenderá que el asegurado recibió la comunicación correspondiente y está de acuerdo con dichas modificaciones.

Como en todos los seguros el asegurado deberá actuar prudentemente y de buena fe en cualquier momento. Asimismo, está obligado a realizar todas las acciones necesarias para prevenir y minimizar las pérdidas en que pudiera incurrir. El asegurado deberá notificar, en caso de tener conocimiento de ello, cualquier incumplimiento por parte de su comprador, o cualquier situación que afecte o pudiera afectar la situación financiera del mismo o su capacidad para cumplir las obligaciones a su cargo derivadas de la operación asegurada al amparo de la póliza. Lo anterior, deberá ocurrir dentro de un plazo de tres días naturales contados a partir de que tenga conocimiento de ello. El asegurado deberá enviar a la aseguradora toda la información y/o documentación que ésta le solicite, relacionada con las operaciones cubiertas al amparo de la póliza. Asimismo, el asegurado está de acuerdo en que la institución de seguros podrá realizar inspecciones sobre las operaciones aseguradas. El asegurado deberá tomar aun antes de que envíe el aviso de falta de pago, las medidas necesarias para la conservación íntegra de los derechos relacionados con el crédito no pagado, e iniciará las acciones procesales necesarias para obtener del comprador y sus coobligados, en caso de que éstos existan, el pago del crédito vencido, especialmente el protesto de los títulos de crédito, debiendo informar al respecto a la aseguradora y, en su caso, seguir sus instrucciones. Respecto de esta cláusula es necesario mencionar que la H. Suprema Corte de Justicia de la Nación ha considerado que el protesto en los títulos de crédito sólo es indispensable cuando se va a ejercitar la acción cambiaria en vía de regreso y no en la acción cambiaria directa, criterios de la Quinta Época, Tercera Sala, Apéndice al Semanario Judicial de la Federación, 2000, Tomo IV, Civil, Jurisprudencia, SCJN, página 228, Tesis: 272, Jurisprudencia.

De conformidad con lo establecido en la guía para la administración de créditos, el asegurado deberá contar con un límite de crédito para su comprador, el cual podrá establecerse discrecionalmente por el asegurado, mismo que tendrá el carácter de revolvente, por lo que puede ser utilizado para nuevas operaciones en la medida en que se vayan efectuando pagos, o puede solicitarse a la compañía.

La póliza aplicará para todas las ventas a crédito realizadas por el asegurado a compradores domiciliados y registrados en la República Mexicana, con excepción de aquellas que se paguen al contado, las que sean documentadas mediante cartas de crédito confirmadas y aquellas que sean realizadas a compradores excluidos por la aseguradora de la cobertura. No obstante lo anterior, en el caso en que el asegurado requiera asegurar un crédito cuyo plazo de pago sea diferente a aquellos establecidos en la carátula de la póliza, realizado a un comprador que haya sido excluido por la aseguradora de la cobertura al amparo de la póliza, o que haya sido documentado mediante carta de crédito confirmada. El asegurado deberá solicitar por escrito la cobertura de dicho crédito a la aseguradora, la cual le avisará por escrito al asegurado si se autoriza o no dicha operación.

Dentro de los primeros veinte días naturales de cada mes, el asegurado deberá declarar a la institución de seguros el valor factura y condiciones de pago de toda mercancía vendida a un plazo de crédito mayor a sesenta días, así como cualquier otro concepto relacionado con todos y cada uno de los créditos realizados a compradores mexicanos el mes inmediato anterior en el formato denominado declaración de créditos. En el caso de créditos con plazos de créditos menores o iguales a sesenta días, el asegurado deberá declarar dentro de los diez días posteriores al embarque, cuidando en todo momento que el crédito no esté vencido. El asegurado deberá verificar los términos de cobertura establecidos en la carátula de la póliza que se encuentre vigente en la fecha de cada crédito. Los créditos que no sean declarados oportunamente o aquellos por los que no se pague la prima no quedarán cubiertos por la póliza, salvo previa autorización por escrito de la aseguradora.

No podrán ser modificados los contratos de compra/venta o las condiciones del pago de un crédito sin el consentimiento previo y por escrito de la institución de seguros. En caso contrario, la responsabilidad de la aseguradora cesará para este crédito.

Entre el día quince y treinta después de vencido el crédito, el asegurado deberá presentar a la aseguradora el formato de aviso de falta de pago sobre los créditos vencidos y no pagados conforme se señala en la guía para la administración de créditos.

El asegurado deberá, en todo caso, suspender los embarques/créditos a todo comprador que se encuentre retrasado más de dos meses en sus pagos, salvo autorización previa y por escrito de la aseguradora. En caso de no cumplir con esta disposición, la institución de seguros quedará liberada de toda responsabilidad, respecto de los embarques que se efectúen con posterioridad a dicho periodo.

Al momento de presentar su reclamación el asegurado deberá probar a la aseguradora las pérdidas netas en las que incurrió; que las obligaciones del comprador, conforme el contrato de compra/venta, son válidas y exigibles y que el asegurado cumplió con las obligaciones a su cargo pactadas en dicho contrato de compra/venta; la recepción y aceptación de los bienes por parte del comprador; y, que las acciones de seguimiento a créditos vencidos fueron ejercidas debidamente conforme a lo establecido en “créditos vencidos” de la guía para la administración de créditos.

Una vez que la aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, y ésta es procedente, la institución de seguros pagará dentro de los treinta días naturales posteriores a la fecha de dicha recepción la indemnización que corresponda.

La cantidad que la aseguradora pagará por concepto de indemnización al amparo de la póliza (pérdida neta), será equivalente al monto que resulte menor de los conceptos siguientes:

- • La parte no pagada por el comprador del monto facturado de los bienes vendidos a crédito, menos anticipos, bonificaciones e impuestos, más costos adicionales de seguros y fletes (excluyendo costos de almacenaje) pagados como consecuencia de la realización de alguno de los riesgos, menos los montos recuperados por la reventa de los bienes.
- • El monto que resulte de restarle al límite de crédito establecido para el comprador, las cantidades que la aseguradora hubiere pagado con anterioridad al asegurado al amparo de la póliza, por incumplimientos del comprador, si dichas cantidades no han sido recuperadas.

Las pérdidas netas incurridas por el asegurado, calculadas conforme lo establecido en este punto, deberán ser consecuencia directa de la realización de alguno de los riesgos y deberán corresponder a créditos debidamente declarados y por los que el asegurado haya pagado la prima correspondiente para el mismo comprador.

En caso de ser pactado el pago de intereses moratorios, penas contractuales o convencionales, indemnizaciones de cualquier clase y otros gastos no incluidos en la factura aun cuando estén previstos en el contrato de compra/venta, entre el asegurado y su comprador, las cantidades generadas por estos conceptos no serán consideradas para el cálculo de las pérdidas netas incurridas por el asegurado.

Mientras la aseguradora no haya recuperado la totalidad de los montos pagados al asegurado por concepto de la póliza, todos los montos recuperados y los intereses moratorios, serán divididos 90% para la institución de seguros y 10% para el asegurado. Los montos recuperados por el asegurado conforme a lo establecido en esta póliza, deberán ser entregados a la aseguradora en un plazo que no podrá exceder de treinta días naturales, contados a partir de la fecha en que el asegurado reciba el pago. En caso contrario, el asegurado pagará un interés por mora, que se calculará conforme a los mecanismos y cálculos previstos en el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En cuanto a los gastos de recuperación de los créditos por los que la aseguradora pagó la póliza deberán ser aprobados previamente por ésta y serán prorrateados entre el asegurado y la aseguradora en la misma proporción en la que fue compartida la pérdida neta.

Las condiciones que deberán cumplirse para que la reclamación sea procedente son que el asegurado no haya declarado a la institución de seguros información falsa o incorrecta sobre cualquier asunto relativo a la póliza; que el crédito sobre el que se está presentando la reclamación se haya realizado y declarado durante la vigencia de la póliza; que la falta de pago del comprador no sea consecuencia de un incumplimiento del asegurado a los términos y condiciones del contrato de compra/venta o por la existencia de una controversia derivada de dicho contrato y que el asegurado haya dado cumplimiento a todas las obligaciones a su cargo establecidas en la póliza.

En el caso de que el asegurado incumpla a los términos y condiciones establecidos en la póliza y este hecho provoque una agravación del riesgo que influya en la realización del siniestro, la aseguradora podrá rescindir la póliza, sin necesidad de declaración judicial y sólo mediante un aviso por escrito que envíe al asegurado, terminándose la obligación de la aseguradora quince días naturales después de la fecha en que comunique su resolución. Aquí no se establece algún tipo de sanción pecuniaria para las partes, por la terminación anticipada de este contrato a diferencia de los otros seguros que se han estudiado.

El Asegurado se encuentra impedido para ceder los derechos de la póliza sin el previo consentimiento por escrito de la aseguradora

#### 4.2. Cláusulas excluyentes de responsabilidad más comunes en el seguro de personas o vida.

##### 4.2.1. Seguro de vida.

A continuación se estudiará una póliza que fue tomada de la compañía Mapre Tepeyac, dentro de dicha póliza del contrato de seguro de vida, están las condiciones generales, en las cuales se estudian los tipos de cobertura, que en este caso tiene tres alternativas de cobertura básicas como son el seguro de vida entera, el seguro temporal y el seguro dotal. El primero trata del pago de la suma asegurada contratada, a los beneficiarios designados por el asegurado en caso de ocurrir el fallecimiento de éste,

no importando en qué momento ocurra, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente, también se le conoce a este seguro como ordinario de vida; el segundo consiste en el pago de la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados por el asegurado, en caso de ocurrir el fallecimiento de éste, durante el plazo contratado, siempre y cuando esté vigente la póliza, al momento de terminar el plazo que fue contratado no existe ningún compromiso entre el asegurado y la aseguradora; y por último, el seguro dotal consiste en el pago de la suma asegurada contratada a los beneficiarios designados por el asegurado, en caso de ocurrir el fallecimiento de éste durante el plazo contratado, en caso de sobre vivencia al término del plazo, se pagará la capitalización contratada siempre y cuando la póliza se encuentre vigente.

Por lo que hace a la edad del asegurado, si ésta se encontrase comprendida dentro de los límites de admisión que marca la aseguradora, se deberán de aplicar las siguientes reglas:

- • 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 institución de seguros 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.
- • Si la 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 del punto anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- • 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 aseguradora se obliga a rembolsar 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 posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad real.
- • 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 institución de seguros estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos a que se refieren los párrafos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Los límites de admisión fijados por la aseguradora para este contrato son: 12 años de edad como mínimo y 70 como máximo. En los planes cuyo vencimiento sea la edad alcanzada por el asegurado de 55, 60 y 65 años, el límite máximo de admisión será de 45, 50 y 55 años respectivamente.

La edad del asegurado asentada en la póliza debe comprobarse, presentando prueba fehaciente a la aseguradora, quien extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nueva prueba. Este requisito debe cubrirse por el asegurado o los beneficiarios de la póliza antes de que la aseguradora efectúe el pago de la suma asegurada.

Si al comprobar la edad, ésta resultara fuera de los límites de admisión fijados por la institución de seguros, se rescindirá el contrato devolviéndose únicamente la reserva matemática que corresponda al contrato en esa fecha.

Por lo que hace a este contrato y la cobertura básica amparada en el mismo, serán disputables en los casos de omisión o de inexacta declaración de los hechos importantes al describir el riesgo que sirvió de base para su celebración, durante los dos primeros años desde su fecha de vigencia o la de su última rehabilitación. En caso de aumento de la suma asegurada, será también disputable durante los dos primeros años a partir de la fecha de su aumento. Esta cláusula, en la práctica, se conoce con el nombre de “INDISPUTABILIDAD”

El aviso del siniestro en este seguro es dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de conocimiento de los hechos que dieron origen a la reclamación, presentando los documentos correspondientes que al efecto le sean solicitados. Este plazo en lo personal se me hace reducido, pues al tratarse de un seguro de vida, al momento en que la persona fallece los beneficiarios muchas veces no se encuentran enterados de la existencia del contrato, o bien, se encuentran en duelo por la pérdida de la persona asegurada, el ser querido, lo que los deja indispuestos, psicológicamente hablando para poder pensar en cobrar el seguro, siendo que a veces ni siquiera en ese tiempo se recuperan de su afectación emocional.

En cuanto a los valores garantizados, una vez cubiertas las anualidades completas indicadas en la “tabla de sumas aseguradas y valores garantizados”, y al vencimiento de éstas, el asegurado podrá elegir entre el rescate, préstamo ordinario, préstamo automático para el pago de las primas, seguro saldado o seguro prorrogado, siempre que el plan contratado cuente con dichos valores y se acompañe de su tabla respectiva.

Entendiendo que el contratante podrá obtener como valor de rescate, el importe que se indica en la “tabla de sumas aseguradas y valores garantizados”, en la línea correspondiente al número de primas anuales pagadas. En caso de que se solicite el rescate antes

del aniversario de la póliza, de dicho valor, se descontarán intereses por el tiempo que falte para completar el año póliza. De igual manera se tendrá derecho a retirar los dividendos y el fondo en inversión que tenga disponibles. Para obtener este beneficio, el contratante deberá informar su decisión por escrito a la aseguradora, anexando el contrato de seguro para su cancelación.

El préstamo ordinario, es aquel que durante la vigencia del contrato de seguro, se podrán hacer retiros parciales de la reserva, mediante solicitud por escrito del contratante a la aseguradora. El retiro parcial podrá ser cualquier monto sin exceder el valor del préstamo máximo indicando en la “tabla de sumas aseguradas y valores garantizados”, considerando la tasa de interés vigente al momento del préstamo. El monto del retiro parcial será deducido de la reserva matemática aplicando los intereses por adelantado. Los intereses se cobrarán en forma anticipada, en caso de que los préstamos no sean pagados a su vencimiento, devengarán nuevos intereses que se calcularán basándose en la tasa sobre préstamos vigente en ese momento. Por la falta de pago de los intereses, el contrato de seguro no se cancelará, siempre y cuando el adeudo total sea inferior al valor del préstamo máximo de la póliza. Si el adeudo llegara a ser mayor al valor del préstamo máximo, el contrato de seguro se cancelará automáticamente por agotamiento de reserva y no tendrá ningún valor. Dicha cancelación no requerirá declaración alguna por parte de la aseguradora, quién bajo ningún concepto podrá rehabilitar el contrato.

Por otra parte, el préstamo automático para el pago de primas, es cuando el contratante deja de pagar alguna prima, el contrato no cesará en sus efectos una vez transcurrido el período de espera para el pago de primas, siempre que el valor de préstamo máximo señalado en la “tabla de sumas aseguradas y valores garantizados”, alcance a cubrir el importe de la prima vencida más los intereses calculados sobre el préstamo. En estos casos y sin necesidad de previa solicitud del contratante, la aseguradora le otorgará en préstamo el importe del pago de la prima vencida, con la sola garantía de la reserva matemática de la póliza, a la tasa de interés capitalizable en los aniversarios de dicha póliza. Para que lo anterior, se pueda aplicar, es necesario, primero considerar el importe que exista en el fondo en inversión que tenga disponible el contratante, si éste es suficiente para pagar la prima vencida, no habrá préstamo automático, solo se disminuirá el saldo del fondo en inversión. Si el saldo en el fondo de inversión es insuficiente se tomará la parte faltante de préstamo indicado en la “tabla de sumas aseguradas y valores garantizados”. Las deudas contraídas en virtud del préstamo automático para el pago de primas, podrán ser cubiertas por el contratante en una sola exhibición o en pagos parciales, mientras la póliza se encuentre en vigor. Todas las cantidades que en virtud de lo estudiado en este párrafo ó de alguna otra graven la póliza, se deducirán en el momento de la liquidación de la misma. En caso de que el valor disponible para otorgar el préstamo no sea suficiente para cubrir la prima vencida, la póliza quedará vigente por el tiempo que alcance a cubrir la reserva matemática y después de ese momento, el contrato cesará en sus efectos en forma automática por agotamiento de reserva, sin que se requiera declaración alguna por parte de la aseguradora, por lo que en ese caso, no se hará efectiva la cláusula de rehabilitación.

El seguro saldado es el que sin más pago de primas el seguro saldado mantiene este contrato en vigor, por el plazo originalmente contratado y por la suma asegurada que se especifica en la “tabla de sumas aseguradas y valores garantizados”, en la línea correspondiente al número de primas anuales pagadas y vencidas. Para hacer uso de este derecho, el contratante deberá solicitarlo por escrito a más tardar dentro del período de espera para el pago de primas. La institución de seguros entregará un endoso que justifique este movimiento, anotando que los crecimientos pactados de suma asegurada así como los beneficios adicionales contratados originalmente, quedan sin efecto alguno. El importe del seguro saldado será pagado por la aseguradora en las mismas condiciones que lo sería la suma asegurada original. Para hacer uso de este derecho, el contratante deberá pagar previamente todo adeudo contraído en virtud de este contrato. El contratante podrá obtener como rescate del seguro saldado, el 85% de la reserva que corresponda al contrato, mediante la devolución de la póliza para ser cancelada.

Sin más pago de primas, el seguro prorrogado mantiene este contrato en vigor por la suma asegurada alcanzada, durante el tiempo que indica la “tabla de sumas aseguradas y valores garantizados”, en la línea correspondiente al número de primas anuales pagadas y vencidas. Para hacer uso de este derecho, el contratante deberá pagar previamente todo adeudo contraído en virtud del contrato de seguro, solicitarlo por escrito a la aseguradora dentro del período de espera para el pago de primas, remitiendo a la aseguradora el endoso correspondiente donde se señale la suma asegurada por la que quedará cubierto el asegurado y que los beneficios adicionales contratados quedan sin efecto. Si la muerte del asegurado ocurre dentro del plazo del seguro prorrogado, la institución de seguros pagará la suma asegurada alcanzada hasta el momento de solicitar el seguro prorrogado y si al terminar el plazo del seguro prorrogado, el asegurado no hubiere fallecido, cesarán automáticamente los efectos del contrato quedando el mismo sin valor alguno. El asegurado podrá obtener como rescate del seguro prorrogado, el 85% de la reserva que corresponda al contrato, mediante la devolución de la póliza para ser cancelada.

En este seguro existe la participación de las utilidades, es decir, el asegurado participará en las utilidades obtenidas por la aseguradora en la cartera de seguro de vida individual, de acuerdo con los procedimientos registrados al efecto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Si la forma de pago es fraccionada el derecho a la participación se adquirirá al liquidar la anualidad completa. Si el contratante dejare de pagar primas, automáticamente se suspenderá el pago de participaciones, excepto en el caso de que el contrato continúe en vigor. A partir del segundo aniversario de la póliza, se verificará si existen o no dividendos.

Existe un fondo, es decir, que por cada póliza se llevará una cuenta de fondo de inversión, la cual se constituirá de los dotales a

corto plazo vencidos, los dividendos ganados, más los rendimientos mensuales que se generen. En cualquier momento durante la vigencia de la póliza el contratante podrá solicitar el retiro total o parcial de su fondo. La compañía de seguros invertirá el fondo en valores de renta y a plazos fijos de los documentos emitidos por instituciones de crédito y por el gobierno federal, o en cualquier otro tipo de valores autorizados para inversiones que permitan obtener el mejor rendimiento posible dentro de la máxima seguridad pero también con la liquidez necesaria, y de acuerdo con las reglas para la inversión de las reservas técnicas de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, publicadas en el diario oficial de la federación. La aseguradora buscará el mayor rendimiento posible en las inversiones del fondo de inversión sin que esto signifique que se está garantizando un rendimiento predeterminado, debido a las fluctuaciones del mercado. Si el contratante dejare de cubrir una prima dentro del período de espera, ésta se pagará del saldo de la cuenta del fondo de inversión siempre que éste así lo permita y si no fuera el caso, se aplicará lo establecido en la cláusula de “préstamo automático para el pago de primas”. Los dotales a corto plazo, son coberturas que el contratante podrá adquirir con vencimiento a un mes o al siguiente aniversario de la póliza. Estos dotales a corto plazo se contratan a través de un endoso y deben pagarse en una sola exhibición.

Todas las comunicaciones a la aseguradora deberán hacerse por escrito directamente en el domicilio que aparece en la carátula de la póliza.

En caso de que la institución de seguros no cumpliera con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las unidades de inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo. Además, la aseguradora pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en unidades de inversión, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en unidades de inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el diario oficial de la federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.
- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la aseguradora estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el diario oficial de la federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

Existe una cláusula adicional de pago inmediato parcial al fallecimiento del asegurado (últimos gastos), dicha cláusula consiste en que la aseguradora se obliga, al ocurrir el fallecimiento del asegurado, siempre que el contrato se encuentre en vigor y hubieren transcurrido más de dos años desde su inicio de vigencia o de su última rehabilitación, a pagar una parte de la suma asegurada al beneficiario designado al efecto en la póliza con la sola presentación del certificado de defunción. En caso de que hubiera varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que presente a la institución de seguros el certificado médico de defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por ésta cláusula tenga que efectuar la aseguradora.

El porcentaje que se adelantará será del 10% de la suma asegurada, con un mínimo de 300 días de salario mínimo general vigente del Distrito Federal y con un máximo de 1,500 días de salario mínimo general vigente del Distrito Federal. En caso de que existan dos o más pólizas del mismo asegurado, esta cláusula operará solo sobre una de las pólizas. La cantidad que por este concepto pague la aseguradora, será descontada de la liquidación final a que los beneficiarios tengan derecho según las condiciones que rigen la póliza. En el caso de que la póliza se encuentre gravada con préstamo y el saldo a favor de los beneficiarios sea menor que la cantidad que ampara esta cláusula, se considera como pago máximo por la misma y como finiquito de la póliza, el saldo a favor de los beneficiarios.

En cuanto a los endosos, operarán solamente si en la carátula de la póliza se indica que están incluidos. Existen diferentes tipos de endosos, uno de ellos es el endoso para el plan de vida mancomunada, el cual sólo aplica para el plan de vida mancomunada, y las condiciones generales que rigen el seguro contratado de vida individual se aplicarán a este plan, siempre que no sean contrarias a lo pactado en el endoso. Mediante este endoso se cubrirán a dos personas físicas denominadas asegurado titular y segundo asegurado, quienes están amparados por las coberturas indicadas en la carátula de la póliza. Tanto el asegurado titular como el segundo asegurado tendrán derecho en forma independiente de designar y cambiar libremente los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario, y de acuerdo a lo estipulado en las condiciones generales de la póliza.

El tipo de cobertura básica contratada del seguro de vida mancomunada, será el que aparezca en la carátula de la póliza, pudiendo ser:

- • Seguro de vida entera, que consiste en el pago de la suma asegurada contratada en caso de ocurrir el primer fallecimiento a los beneficiarios designados por el asegurado afectado, no importando en qué momento ocurra, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente. En caso de que ambos asegurados fallezcan en un mismo accidente se pagará el 200% de la suma asegurada contratada. Este seguro también es llamado ordinario de vida.
- • Seguro temporal, que consiste en el pago de la suma asegurada contratada en caso de ocurrir el primer fallecimiento a los beneficiarios designados por el asegurado afectado, durante el plazo contratado, siempre y cuando esté vigente la póliza. En caso de que ambos asegurados fallezcan en un mismo accidente se pagará el 200% de la suma asegurada contratada. Al término del plazo contratado no existe ningún compromiso entre los contratantes.

En cualquier caso la cobertura se dará por terminada al ocurrir el primer fallecimiento sin importar cuál de los dos asegurados sea, terminando cualquier obligación entre los asegurados y la institución de seguros.

Se obtendrá una edad equivalente que represente ambas edades, la del asegurado titular y segundo asegurado, una vez aplicados los descuentos para no fumador y mujer siempre y cuando no sean dictaminados como riesgos subnormales, para efectos de obtener la cuota correspondiente a dicha edad para el cálculo de la prima y valores garantizados.

El ajuste automático de suma asegurada sólo será aplicado para el plan contratado en moneda nacional. De acuerdo al plan contratado, la suma asegurada para la cobertura básica podrá incrementarse cada año, el día que corresponda a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y de acuerdo al tipo y monto de cada incremento, según se indique en la carátula de la póliza, hasta el aniversario en que la edad equivalente alcance los 70 años, termine el plazo del seguro o el plazo de pago de primas, lo que ocurra primero pudiendo ser este incremento conforme a lo que se estipula en la cláusula 30 de las condiciones generales.

En cuanto al endoso que es sólo aplicable para mujeres, es el que mediante este endoso se hace constar que la tarifa del seguro de vida aplicable a personas del sexo femenino equivale a la de personas del sexo masculino, descontando tres años de la edad de la asegurada para efectos de la determinación de la prima y valores garantizados, así como para la participación de utilidades. Este beneficio no opera en planes con duración de un año o cuando el riesgo es dictaminado como subnormal.

Existe un endoso para no fumadores por el cual la aseguradora hace constar que como consecuencia de las condiciones declaradas por el asegurado en la correspondiente solicitud, ha sido calificado como no fumador. Por tal motivo el asegurador gozará de este beneficio que consiste en reducirle dos años a la edad para el cálculo de la prima y valores garantizados, por el tiempo que establece la póliza y mientras persistan las condiciones declaradas por el asegurado en la solicitud respectiva. En caso de presentarse cambios en dichas condiciones dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia o de su última rehabilitación, el asegurado deberá comunicarlo por escrito a la aseguradora a más tardar en el siguiente aniversario de la póliza, transcurridos esos dos años, la póliza será indisputable. La institución de seguros dispondrá de treinta días a partir de la fecha en que reciba la comunicación, para resolver si mantendrá en vigor el presente endoso. De no recibirse ésta comunicación por parte del asegurado, se asumirá que las condiciones establecidas en la solicitud persisten. Si al ocurrir el evento cubierto se desprende que el asegurado era fumador, la aseguradora ajustará la suma asegurada en función de la prima pagada considerando la edad real del asegurado a la fecha de contratación. Este beneficio no opera en planes con duración de un año o cuando el riesgo es dictaminado como subnormal.

El endoso de menores de edad, es aquel mediante el cual se hace constar que si el fallecimiento del asegurado ocurre antes de cumplir la edad de doce años, la aseguradora liquidará únicamente las primas pagadas hasta el fallecimiento del menor, deduciendo únicamente los gastos correspondientes. Después de que el menor cumpla la edad de doce años, la aseguradora cubrirá el riesgo de acuerdo a las condiciones generales del contrato de seguro.

El endoso de garantía que aplica sólo para el plan dotal con devolución de primas y para que el asegurado mantenga en vigor la presente garantía, éste se obliga al pago de las primas pactadas en el presente contrato durante la vigencia convenida, de tal manera que obtendrá como beneficios:

- • Si antes del término de la vigencia del período de contratación fallece el asegurado, se pagará la suma asegurada vigente a los beneficiarios designados en la póliza.
- • De lo contrario, si el asegurado llega con vida al final del período de cobertura, éste recibirá el total de las primas que pagó por la cobertura básica, sin considerar la sobre prima por ocupación, los recargos por pago fraccionado y el derecho de póliza durante la vigencia de la póliza.

En caso de siniestro y a fin de que se cumplan las obligaciones relativas al pago de siniestros y para poder servirle oportuna y eficazmente al ocurrir el evento cubierto, es necesario que la documentación reúna todos los requisitos. Para tramitar el pago por siniestro ocurrido a un asegurado, siempre se deberá presentar, además de la documentación que corresponda por concepto del tipo de reclamación de que se trate, el formato de reclamación de siniestro de vida, el cual se proporcionará por la aseguradora, y debe ser entregado en original.

#### 4.2.2. Seguro de gastos médicos mayores.

Las condiciones generales de un seguro de gastos médicos mayores, se estudiará a continuación, en el que se establece que los asegurados inscritos en la póliza, quedarán cubiertos en el caso de accidente, a partir de la fecha inicial de vigencia estipulada en la carátula de la póliza. Si se trata de enfermedad, ésta quedará cubierta luego de transcurrir treinta días de la inclusión de cada asegurado a la póliza o fecha de la rehabilitación, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de una renovación.

En este seguro se entiende que la prima anual, será la suma de las correspondientes a cada uno de los integrantes de la familia asegurada, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de cada período de seguro, edad alcanzada y sexo. La prima cubre un período de doce meses. En cada renovación o inclusión de asegurados la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada y sexo por cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha.

El contratante puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por el pago fraccionado que corresponda, autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la cual se dará a conocer por escrito al asegurado o contratante.

En el caso de pagos fraccionados, el contratante no dispondrá de treinta días para los pagos subsecuentes, lo que en mi opinión va en contra del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que prevé el plazo de gracia convencional o legal para el pago de la prima o su primera fracción, y antes de su reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el día dos de enero de dos mil dos, que estableció el plazo de gracia legal para el pago de la prima o la fracción de ella.

En caso de altas de dependientes, la aseguradora cobrará al contratante, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período del seguro y emitirá el recibo correspondiente contando con el plazo de gracia ya descrito.

A las doce horas del último día del periodo de gracia los efectos del contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto la prima o la fracción pactada.

En caso de siniestro, la aseguradora podrá deducir de la indemnización el total de la prima pendiente de pago, o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.

Es el lapso en el cual la póliza no está pagada. Inicia el último día del periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada. No procede el pago de reclamaciones ni el servicio de pago directo por accidentes ocurridos durante este lapso o padecimientos cuyos signos o síntomas se hayan manifestado durante el mismo.

Se entiende como asegurado al miembro de la familia asegurada y sus dependientes económicos que cumplan con los requisitos de elegibilidad, establecidos en la carátula de la póliza.

Se consideran como dependientes, aquellas personas que económicamente dependan de él y se demuestre ante la aseguradora la dependencia, dichas personas pueden ser el cónyuge, los hijos menores de 21 años de edad, los hijos solteros mayores de 21 años de edad pero menores de 24, siempre y cuando sean estudiantes. Esta relación de los dependientes económicos es muy reducida, y por ejemplo, no comprende a los ascendientes que no tengan ingresos o pensiones muy reducidas económicamente, a los hijos, sin importar su edad que se encuentren discapacitados permanentemente, la concubina o el concubino, los que se han unido libremente sin estar casados ni estar en concubinato, y por qué no, los que están unidos en sociedades de convivencia, u otros descendientes que sin ser familiares o siéndolo no tan cercanos, dependan económicamente del asegurado y formen parte de su entorno familiar.

Los accidentes cubiertos son aquellos acontecimientos, provenientes de una causa externa, súbita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del asegurado. Por lo tanto no se considerarán accidentes las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado, ni aquellas cuyas primeras complicaciones o gastos ocurren después de los primeros treinta días siguientes a la fecha del accidente. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente, se consideran como un solo evento.

Se entenderá que la enfermedad cubierta, es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considerará como enfermedad

cubierta las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad y siempre y cuando dicha enfermedad se presente luego de transcurrir treinta días de la inclusión de cada asegurado a la póliza o de la fecha de rehabilitación, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de una renovación.

El padecimiento es una alteración en la salud del asegurado, provocada por una causa anormal o externa, que amerite tratamiento médico o quirúrgico y señale un diagnóstico médico definitivo.

El beneficio máximo es el límite de responsabilidad de la aseguradora, que se reembolsará por cada enfermedad o accidente cubierto.

El período de beneficio trata cuando la póliza se renueva anualmente sin interrupción alguna, se continuarán pagando los gastos por cada enfermedad o accidente hasta el agotamiento de la suma asegurada que tenía contratada cuando inició dicha enfermedad o accidente sin que aplique un período máximo de cobertura para estos pagos.

Si la póliza se cancela o no se hace la renovación anual, no se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de fin de vigencia o cancelación de la póliza, aun cuando la reclamación haya iniciado dentro del período de vigencia.

Si el asegurado está recibiendo algún tipo de atención médica al momento de finalizar su vigencia o cancelar la póliza, se le pagarán los gastos de esa atención médica hasta su terminación, o por treinta días a partir de la fecha de su terminación de vigencia o cancelación, lo que ocurra primero.

Periodo de espera es el lapso predeterminado e ininterrumpido, contado a partir del primer año de inicio de vigencia de la póliza que debe transcurrir para cubrir ciertos padecimientos, no preexistentes, establecidos en la póliza.

Existe el endoso de reconocimiento de antigüedad y reducción y/o eliminación de periodos de espera que es la consideración por parte de la aseguradora, de la antigüedad ó tiempo de vigencia ininterrumpida en seguros de gastos médicos mayores con otras aseguradoras que ha tenido el asegurado, el cual se indica en el endoso anexo a la misma, previos a la adquisición de la póliza, con el objeto de reducir o eliminar el periodo de espera consignados en el presente. Es indispensable que las enfermedades o accidentes, hayan iniciado sus signos y síntomas durante la vigencia de la póliza, por lo que la reducción o eliminación de periodos de espera no implica la aceptación de padecimientos preexistentes.

El pago directo es el beneficio mediante el cual la aseguradora paga directamente al hospital y/o al médico con el cual tiene convenio, por servicios prestados al asegurado de acuerdo a las condiciones del contrato cuando procede la reclamación. Es requisito que la póliza o la fracción de prima pactada esté pagada, además de que el asegurado permanezca en el hospital por lo menos veinticuatro horas en calidad de paciente interno.

Para la programación de la cirugía, el asegurado obtiene este beneficio el cual trata de que recibe previo a su intervención quirúrgica la autorización de la aseguradora para el pago directo de los mismos mediante una carta pase, la cual se entrega en el área de administración del hospital y al médico tratante garantizando el pago directo.

El asegurado o la aseguradora tienen la opción de pedir una segunda opinión médica en caso de controversia en cuanto al diagnóstico médico entre ambas partes.

Se entiende por gastos médicos cubiertos aquellos en que se incurra por/o a cuenta del asegurado por servicio y/o materiales médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta que por prescripción de un médico o cirujano autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, sean necesarios para el tratamiento hasta por el monto del gasto usual, razonable y acostumbrado en el lugar donde reciben o proporcionan dichos servicios y/o materiales; que sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, que no sean familiares del asegurado; y también por los que sean por una o más de las siguientes causas:

1. • Por cuarto de hospital, que es un cuarto privado tipo estándar y alimentos del paciente, incluyendo cama extra para un acompañante.
2. • Honorarios por intervención quirúrgica, de médicos y/o cirujanos incluyendo honorarios de ayudantes y consultas postoperatorias, así como por visitas y/o consultas.
3. • Honorarios profesionales de enfermeras, en caso de contratarse fuera del hospital, se pagará un máximo de treinta días por cada accidente o enfermedad cubierta.
4. • Honorarios profesionales del anesthesiologo.

5. • Los suministros del hospital, como lo son medicamentos, material médico, equipos anestésicos, sala de operaciones, sala de recuperación o de curaciones.
6. • Servicio de diagnóstico, como lo son exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, etcétera, que sean necesarios debido a sintomatología previa y necesariamente orientados al padecimiento.
7. • El servicio de terapia física, radioactiva, fisioterapia, etcétera, necesariamente derivadas del padecimiento cubierto inicialmente.
8. • Servicio de ambulancia terrestre hacia o desde el hospital.
9. • Medicamentos adquiridos dentro y fuera del hospital, solamente aquellos que estén directamente relacionados con el padecimiento y que sean prescritos por los médicos tratantes, se acompañen de la factura de farmacia y la receta médica correspondiente.
10. • Aparatos ortopédicos y prótesis que resulten necesarios para el tratamiento integral del padecimiento hasta por un 20% de la suma asegurada, excluyendo la reposición de aparatos ortopédicos y prótesis ya existentes a la fecha del padecimiento, así como la compra de zapatos ortopédicos.
11. • Renta de equipo tipo hospital que por prescripción médica sea necesario para la convalecencia domiciliaria.
12. • Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, únicamente aquellos que sean indispensables y a consecuencia de un accidente no excluido en el contrato, y siempre y cuando se presenten radiografías y/o impresión dental que demuestren el daño sufrido a causa de ese accidente.
13. • Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo, únicamente aquellos que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad no excluidos en el contrato y que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza y solo si el primer gasto se realiza en los primeros noventa días después de ocurrido el accidente.
14. • Tratamiento médico o quirúrgico de nariz y/o senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo y eventraciones, padecimientos ano rectales, prostáticos, tumoraciones mamarias, ginecológicos, tratamientos de prolapsos e insuficiencia del piso perineal, varices y padecimientos de la columna vertebral. Cualquiera que sea su causa ya sea por enfermedad o por accidente, que se presenten a partir del tercer año de vigencia continúa de la póliza para cada asegurado.
15. • Gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo, del parto y puerperio.
  16. 1. Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
  17. 2. Los estados de fiebre puerperal.
  18. 3. Los estados de toxicosis gravídica.
  19. 4. Mola hidatiforme (Embarazo molar)

Estos gastos estarán cubiertos solo si dichas complicaciones ocurren después de diez meses contados a partir del inicio de vigencia o rehabilitación en esta póliza para cada asegurada.

- • Los gastos derivados de la operación cesárea, parto normal o parto prematuro, entendiéndose como tales, los honorarios médicos y los gastos de hospitalización y estarán cubiertos hasta un máximo de diez salarios mínimos mensuales generales vigentes en el Distrito Federal y siempre y cuando la cesárea, parto normal o parto prematuro, ocurran después de diez meses contados a partir del inicio de vigencia o rehabilitación de la asegurada en la póliza.
- • Gastos de padecimientos congénitos de los hijos de los asegurados nacidos durante la vigencia del seguro, siempre y cuando la madre tenga diez meses de asegurada en esta póliza y se haya notificado a la aseguradora a más tardar a los treinta días de ocurrido el nacimiento y con la obligación de pagar el alta del nuevo asegurado.
- • Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.), estará cubierto sólo después de cuatro años de vigencia continua para cada asegurado en la aseguradora y siempre y cuando el virus del S.I.D.A. no haya sido detectado antes o durante este periodo de cuatro años.
- • Cobertura de padecimientos preexistentes declarados se cubren cuando se declaren al momento de llenar la solicitud de la póliza, entendiéndose como padecimiento preexistente aquellos cuyos síntomas o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de alta de cada asegurado de la póliza.
- • Estos padecimientos se cubrirán después de dos años de cobertura continua en esta póliza, siempre y cuando el asegurado no haya recibido tratamiento y no haya tenido síntomas de dicha condición preexistente durante el período de espera mencionado anteriormente. Es requisito indispensable que el asegurado haya declarado que tiene dicho(s) padecimientos al momento de solicitar su póliza.

Esta cobertura no aplica:

1. - A padecimientos cardíacos, accidentes vasculares, diabetes, padecimientos oncológicos, síndrome de

inmunodeficiencia adquirida (SIDA), enfermedades degenerativas y/o padecimientos neurológicos.

2. - A los padecimientos no declarados en la solicitud del seguro.
3. - Endosos específicos de exclusión de la póliza.
- 4.

Encontramos varias exclusiones, las cuales serán narradas a continuación:

- • Accidentes o enfermedades que se originen por participar en servicio militar, actos de guerra, motines, mítines, actos de vandalismo, actos criminales, rebelión o insurrección; actos delictivos intencionales en que participe directamente el asegurado (riñas, únicamente sí el asegurado ha sido el provocador); aviación privada en calidad de tripulante, pasajero o mecánico fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros; pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante; la práctica profesional de cualquier deporte; aún cuando se practiquen en forma amateur u ocasional: práctica de box, lucha libre o grecorromana, karate, paracaidismo, charrería, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo.
- • Gastos incurridos a consecuencia de padecimientos preexistentes a la fecha en que se dio de alta en esta póliza a cada asegurado, entendiéndose como padecimientos preexistentes cuando los síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad al inicio de vigencia de esta póliza; hubiesen sido diagnosticados con anterioridad; los síntomas y/o signos fuesen aparentes a la vista o por su naturaleza no pudiesen pasar desapercibidos; por los que se hubiesen erogado gastos con anterioridad.
- • Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; trastornos de la conducta y del aprendizaje.
- • Circuncisiones, cualquiera que sea su causa.
- • Enfermedades congénitas, salvo las mencionadas en el estudio de los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza.
- • Afecciones propias del embarazo, abortos, legrados, cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio a excepción de las estudiadas.
- • Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos como CHEK-UP. Tampoco se aceptarán tratamientos preventivos o en experimentación.
- • Tratamiento médico o quirúrgico de Hallux Valgus o "Juanetes".
- • Cirugía plástica ó estética de cualquier tipo, a excepción de los casos ya estudiados.
- • Tratamiento de alcoholismo ó toxicomanía.
- • Suicidio, lesiones ó alteraciones de la salud originadas por actos autodestructivos ó a consecuencia del uso y consumo de alguna droga ó sustancia tóxica.
- • Adquisición de aparatos auditivos, lentes intraoculares de contacto y anteojos; tratamientos médicos ó quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía y estrabismo. Tampoco cubre queratotomía radiada y similares.
- • Tratamientos de calvicie, obesidad, esterilidad, bajo peso y cualquiera de naturaleza análoga.
- • Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de la natalidad.
- • Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por quiroprácticos, acupunturistas y naturistas, que no cuenten con cédula profesional.
- • Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico quirúrgico expresamente excluido.
- • Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la internación de éste en sanatorio u hospital, tales como cuarto o alimentos extras.
- • Síndrome de inmunodeficiencia adquirida y sus complicaciones, excepto lo que ya se ha mencionado.

Estarán cubiertos a partir del tercer año de vigencia ó rehabilitación de esta póliza, los gastos resultantes de tratamiento médico ó quirúrgico de nariz y/o senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo y eventraciones, padecimientos ano rectales, prostáticos, tumoraciones mamarias, ginecológicos, tratamientos de prolapsos e insuficiencia del piso perineal, varices y padecimientos de la columna vertebral. Cualquiera que sea su causa ya sea por enfermedad ó por accidente.

En el caso de los recibos por honorarios, deberá estar relacionado a un solo concepto (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogos, etcétera.) En caso de consultas médicas, se deberá entregar un recibo por cada consulta recibida. La aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y de enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del asegurado, así como los gastos de internación efectuados en sanatorios u hospitales debidamente autorizados. No se hará por parte de la institución de seguros ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquiera semejante en donde no se exige

remuneración.

La aseguradora podrá nombrar alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesión, y de que el asegurado se encuentre internado en el sanatorio u hospital así como la comprobación de los gastos realizados. Los asegurados autorizan a todos los hospitales y a todos los médicos que lo hubieren tratado para dar información a la aseguradora o persona designada por ésta y se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera la institución de seguros a costa de la misma para la comprobación del diagnóstico. Si el asegurado no se sometiere a los reconocimientos mencionados ó si existe obstaculización por parte del contratante y/o asegurado para que se lleve a cabo esta comprobación, perderá su derecho a la indemnización correspondiente y liberará a la aseguradora de cualquier obligación.

Por lo que hace al pago de las indemnizaciones se liquidarán en el curso de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la aseguradora reciba los documentos e información que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación. Todos los comprobantes deberán estar a nombre del asegurado afectado o asegurado titular. Todas las indemnizaciones cubiertas por la institución de seguros serán liquidadas a cada asegurado o quien este haya designado en las oficinas de la aseguradora con la presentación de carta poder. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la aseguradora a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago. La Obstaculización por parte del contratante y/o asegurado para que se lleve a cabo esta comprobación, liberará a la aseguradora de cualquier obligación.

Cuando el asegurado presente una reclamación amparada por la póliza, los gastos se ajustarán a los límites estipulados en la carátula, cláusulas y endosos de la póliza, los gastos reembolsables se sumaran y al total de estos se restará la cantidad de deducible especificado en la carátula de la póliza, del importe así determinado se descontará el porcentaje del coaseguro señalado en la carátula de la misma. El monto que así se determine por concepto de deducible y coaseguro será la participación a cargo del asegurado. En caso de que los gastos sean originados por accidentes cubiertos, no se aplicará el deducible y el coaseguro. Para ser catalogado accidente, los primeros gastos médicos se deben realizar durante los primeros treinta días siguientes a la fecha del accidente, transcurrido este período se considerará como enfermedad.

La compañía de seguros pagará al asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

La edad declarada por los asegurados en la presente póliza se deberá comprobar legalmente cuando así lo juzgue necesario la aseguradora. Una vez que el asegurado haya comprobado su edad a la aseguradora, esta hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas. Si de esta comprobación resulta que la edad verdadera del asegurado se encuentre dentro de los límites de admisión autorizados a la aseguradora, procede que: si a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagara una prima menor de la que correspondería a la edad real, el importe de la indemnización se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que conforme a la tarifa corresponde a la edad real en la fecha de la celebración del contrato; en el caso de que a consecuencia de la inexacta indicación de la edad estuviese pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, el importe de la indemnización no se modificará y la aseguradora tendrá la obligación de rembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores se reducirán de acuerdo con esta edad; y, si la edad real del asegurado se encuentra fuera de los límites de admisión autorizados a la aseguradora, el contrato quedará rescindido y la obligación de la institución de seguros se reducirá a pagar el importe de la reserva matemática que corresponda a ese asegurado en la fecha de rescisión.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Los pagos improcedentes son cualquier indemnización realizada indebidamente por desconocimiento de un movimiento de baja de algún miembro de la familia y/o colectividad asegurada, obliga al contratante a reintegrar el pago a la aseguradora.

En cuanto a la baja de un familiar dentro de este seguro se excluirán de la cobertura de la póliza, a partir de la siguiente renovación, los dependientes del contratante que contraigan matrimonio, los que cumplan 21 años de edad, o 24 años en el caso de ser estudiantes, los que obtengan ingresos por trabajo personal, dejen de depender económicamente de él ó los que siendo su cónyuge, se separe legalmente de él.

Cualquier dependiente del contratante que haya sido excluido por cualquiera de las situaciones antes citadas, tendrá derecho a que, si lo solicita dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que fue dado de baja de la presente póliza, le sea expedida una póliza individual de gastos médicos mayores cubriendo la prima correspondiente, sin requisitarse para ello pruebas de asegurabilidad.

La aseguradora no aceptará el ingreso a la póliza de personas mayores de 64 años. En los casos de renovación, la cobertura para cada asegurado podrá continuar en vigor en forma vitalicia cuando se haya renovado de forma vitalicia.

Se considera como emergencia médica cubierta en el extranjero toda alteración órgano-funcional súbita, que pone en peligro la

vida del enfermo o lesionado, su integridad corporal, o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que en ese momento la persona requiere de atención médica o quirúrgica inmediata. Cuando de acuerdo con el criterio del médico tratante, el tratamiento de emergencia ya no es requerido, por estar estabilizada y controlada la condición patológica del paciente, pudiendo éste continuar su tratamiento en su domicilio o lugar de origen, en ese momento cesará la condición de emergencia.

Queda consignado que si durante la vigencia de la póliza y como consecuencia directa de un accidente o de una enfermedad sufridos en el extranjero, el asegurado se viere precisado a someterse al tratamiento médico de emergencia, incurriendo en cualesquiera de los gastos enumerados más adelante, la aseguradora cubrirá el monto de los mismos, siempre y cuando éstos no estén excluidos en la póliza ajustándose previamente a las condiciones de esta cobertura. Los gastos que se encuentran cubiertos son:

- 1.
1. • Servicios de hospital, es decir, un cuarto privado tipo estándar y alimentos, medicamentos, unidades de cuidado intensivo, sala de operación y recuperación, sala de emergencia, servicios especiales de enfermería, análisis de laboratorio, rayos X, electroencefalogramas y electrocardiogramas.
2. • Servicios médicos, como lo son las visitas médicas, intervención quirúrgica, anestesia, servicios de primeros auxilios, análisis de laboratorios, rayos X.
3. • Otros servicios, como serían ambulancia terrestre, transfusiones, prescripciones médicas, oxígeno.

Dentro de esta cobertura no se encuentran amparadas las complicaciones del embarazo y/o del recién nacido; las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en las exclusiones de las condiciones generales; y, tratamientos que no sean catalogados como de urgencias, de común acuerdo por el médico tratante y la aseguradora.

La aseguradora conviene en pagar los gastos efectuados en el extranjero, reembolsando dichos gastos siempre y cuando se trate de una enfermedad ó accidente cubierto de acuerdo a los términos y condiciones de la póliza. La suma asegurada, deducible y coaseguro, serán los mencionados en la carátula de la póliza. El pago se efectuará en moneda nacional al tipo de cambio existente al realizarse el gasto.

En cuanto a las pólizas colectivas, dentro de los movimiento asegurados encontramos las altas, es decir la aseguradora mientras esté en vigor la póliza, incluirá bajo la protección de la misma, nuevos miembros de la colectividad asegurable, para lo cual el contratante deberá solicitarlo por escrito a la institución de seguros indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con las reglas establecidas en la póliza.

Cuando la regla incluya al cónyuge del asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil siempre y cuando la compañía de seguros reciba aviso por escrito del contratante durante los primeros treinta días siguientes a la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar el acta de matrimonio respectiva y pagar la prima correspondiente. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la aseguradora. En caso de alta de un asegurado dentro de la vigencia de la póliza, la aseguradora cobrará una prima de acuerdo con la edad de dicho asegurado, calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del pago de la prima.

Por lo que se refiere a las bajas de la póliza, se ocasionarán por aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a la aseguradora, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto para siniestros ocurridos antes de dicha separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la aseguradora a causa de omisión o negligencia en el aviso antes indicado por parte del contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la aseguradora.

En caso de baja de un asegurado, durante la vigencia de la presente póliza, la aseguradora devolverá al contratante la prima no devengada correspondiente a dicho asegurado. La institución de seguros tendrá obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del grupo asegurado, en una póliza de seguro individual de gastos médicos mayores, siempre que su edad este comprendida dentro de los límites de admisión de la aseguradora, aplicando para tal efecto la prima correspondiente que se encuentre en vigor en ese momento y reconociendo la antigüedad que haya logrado en su seguro colectivo. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá notificar por escrito a la aseguradora, dentro del plazo de los treinta días siguientes a su separación.

El solicitante y sus dependientes económicos, en su caso, deberán pagar a la compañía de seguros las primas que correspondan a su edad alcanzada en la fecha de la notificación según la tarifa de primas que se encuentre en vigor.

El contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la póliza reúnan las

características necesarias para formar parte de la colectividad asegurable definida en la carátula. Asimismo, se obliga a solicitar el seguro en los términos de esta póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a cumplir dichas características, previo consentimiento de las mismas dentro de los treinta días siguientes a que las cumplan. El incumplimiento de esta obligación por parte del contratante facultará a la institución de seguros para que dé por terminado este seguro mediante aviso por escrito al contratante comunicado con treinta días de anticipación. Dicha solicitud, si se realiza con posterioridad a los primeros treinta días de vigencia de la póliza quedará sujeta a la aprobación previa de la aseguradora.

El contratante participará en las utilidades que obtenga la aseguradora en la cartera de seguros colectivos de gastos médicos mayores, de acuerdo con las fórmulas aprobadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El pago de dicha participación no quedará sujeto a la renovación anual de la póliza y pago de la prima correspondiente.

Dentro de los grupos asegurables, se realizan ciertas definiciones que a continuación estudiaré, iniciando por contratante, por el cual se conceptúa como los grupos asegurables, como son los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa; los sindicatos, uniones o agrupamientos de trabajadores en servicio activo, y sus secciones o grupos; los cuerpos del ejército, de la policía o de los bomberos, así como las unidades regulares de los mismos; las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros, constituyan grupos asegurables. Por lo anterior, se consideran contratantes del seguro de grupo el patrón o empresa; la persona moral; el Gobierno Federal; el de los estados, el de los territorios, el del Distrito Federal o de los municipios y la persona moral correspondiente a grupos asegurables. Ello, además, está contemplado en el artículo 2º del Reglamento del Seguro de Grupo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el siete de julio de mil novecientos sesenta y dos.

Por asegurado, se entiende aquel miembro de la familia asegurada y sus dependientes económicos que cumplan con los requisitos de elegibilidad, establecidos en las condiciones generales de la póliza.

#### 4.2.3. Seguro de pensiones.

Por lo que se refiere al seguro de pensiones, por ser un seguro de relativa nueva creación y, que aun no se ha logrado su conocimiento ni dominio total, sus ventajas y desventajas, es necesario conocer algunas definiciones para poder tener una visión más amplia de este seguro.

En este seguro, se entiende por contratante a la persona que pagará los montos de las primas, para que ésta a su vez se encargue de pagar mensualmente a los pensionados titulares, los pensionistas contingentes, o a los beneficiarios, las sumas que les correspondan de acuerdo con el plan de pensiones contratado, el certificado individual de pensión y las condiciones generales.

El plan de pensiones del contratante es el conjunto de reglas que el contratante establece a efecto de definir quién tiene derecho a recibir una pensión, cuándo recibirla (en términos de edad y años de servicio), cuánto recibir (en términos de los últimos sueldos devengados por el candidato a ser pensionado titular), otras prestaciones, y cómo deberán revisarse en el futuro tanto las pensiones, como las demás prestaciones.

El plan de pensiones contratado se refiere al conjunto de prestaciones contenidas en el plan de pensiones del contratante que éste expresamente contrata con la empresa a través del contrato de seguro del cual forman parte de las condiciones generales y de acuerdo a las solicitudes del contratante. Por lo que hace a los demás beneficios previstos en el plan de pensiones del contratante pero que no sean expresamente contratados con la aseguradora deberán de seguir siendo pagados o proporcionados por el contratante en favor de los pensionados.

Se entiende como pensionado titular, es decir, el asegurado, a aquella persona que tiene derecho a recibir una pensión mensual y por quien el contratante decide pagar las primas correspondientes cuyo nombre completo aparece en el certificado individual de pensión.

El pensionado contingente, en este tipo de cobertura, es la persona designada por escrito por el pensionado titular para que a la muerte de éste adquiera el derecho de recibir una pensión mensual vitalicia equivalente a un porcentaje, especificado en el certificado individual de pensión, de la última pensión recibida en vida por el pensionado titular.

Por pensión entendemos la cantidad que la compañía pagará mensualmente al pensionado titular o, en su caso, al pensionista contingente.

Este tipo de seguros tiene una fecha de aniversario la cual es la fecha en que cada certificado individual de pensión cumple años completos, contados desde su fecha de emisión.

Existe un certificado individual de pensión el cual es un documento expedido por la compañía a favor de cada pensionado titular,

en el que se especifican las coberturas que lo amparan.

Los beneficiarios serán las personas designadas por el pensionado titular para los casos de contratación de los beneficios de “garantía de pagos” y “beneficio por fallecimiento”, y serán quienes reciban los pagos que les correspondan como consecuencia del fallecimiento del pensionado titular.

Las primas serán determinadas de acuerdo al importe de la pensión mensual, sexo y edad de cada pensionado titular y pensionista contingente, así como a las coberturas opcionales contratadas. Las primas totales de esta póliza serán iguales a las sumas de las primas que correspondan a cada uno de los pensionados, conforme a las tarifas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Entrando un poco más al estudio de este contrato de seguro, encontramos que el contratante mediante solicitud escrita a la institución de seguros, puede llegar a elegir entre una o varias de las coberturas de pensión para cada pensionado titular, las cuales se estudiarán a continuación, junto con la póliza y condiciones generales correspondientes al seguro colectivo de pensiones privadas que son ajustables en moneda nacional, póliza que fue emitida por Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa.

Existe la cobertura básica, que es cuando la pensión se pagará por toda la vida del pensionado titular y terminará con el pago vencido inmediato anterior a la fecha de fallecimiento del mismo.

Las coberturas que resultan aplicables son la de garantía de pagos, beneficio por fallecimiento y pensión para el pensionista contingente. La primera, se refiere a la pensión que se pagará por toda la vida del pensionado titular, pero si éste fallece durante el plazo de garantía indicado contado a partir de la fecha de primer pago de la pensión mensual, la aseguradora seguirá pagando a los beneficiarios la pensión mensual contratada (con los ajustes correspondientes) hasta completar la totalidad de los pagos contenidos en el plazo de garantía; la segunda, sería aplicable en caso de fallecimiento del pensionado titular, la empresa de seguros pagará a los beneficiarios la suma asegurada contratada para este beneficio; y, por último, la tercera se refiere cuando el pensionista contingente (designado de forma irrevocable por el pensionado titular al contratar este beneficio), si sobrevive al pensionado titular tendrá derecho a recibir por toda su vida, la pensión indicada en el certificado individual correspondiente, expresada como un porcentaje de la última pensión que hubiera recibido el pensionado titular mientras estuvo con vida. El primer pago de la pensión del pensionista contingente se hará en la fecha de pago de pensión que siga a la fecha de fallecimiento del pensionado titular y la obligación de la aseguradora terminará con el pago inmediato anterior a la fecha de fallecimiento del pensionista contingente. Si el pensionista contingente llegara a fallecer antes que el pensionado titular, éste último ya no podrá designar otro.

En cuanto a los importes de las coberturas contratadas se ajustarán periódicamente, sin necesidad de pagos adicionales de primas, ya sea de acuerdo a los incrementos que sufra el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal o de acuerdo a la inflación acumulada, medida conforme al último valor conocido del índice nacional de precios al consumidor publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, según se contrate. Este ajuste se hará con una frecuencia que no será menor a una vez al año y que será establecida en la póliza correspondiente.

Por lo que hace a la forma de pago, la institución de seguros realizará los pagos de la pensión por medio de cheque, efectivo o depósito en cuenta bancaria a nombre del pensionado titular, del pensionista contingente o del beneficiario, según lo acuerden las partes. Los pagos se harán mensualmente. Las obligaciones de pago que se deriven de la contratación de pensiones vitalicias estarán denominadas en moneda nacional y sus montos originales serán pactados con el contratante en el momento del pago de la prima única.

La aseguradora tiene en todo momento, el derecho de exigir o efectuar en cualquier momento, pruebas de supervivencia que demuestren que el pensionado titular o el pensionista contingente se encuentran con vida en las fechas en que deben hacerse los pagos. Si dichas pruebas no son entregadas cuando así lo solicite, se tiene el derecho de retener la pensión. Una vez que hayan sido proporcionadas las citadas pruebas de supervivencia a la empresa de seguros, ésta entregará la pensión sin ningún tipo de recargo o interés moratorio.

Se debe de acreditar el fallecimiento de los beneficiarios, o del pensionado titular o el pensionista contingente, lo cual debe hacerse presentando las pruebas fehacientes, con la finalidad de realizar el pago de beneficios por fallecimiento de las personas referidas en el presente párrafo.

Bajo el supuesto de que la persona que tenga derecho a recibir los pagos se encuentre incapacitada legalmente para recibir por sí misma dichos pagos, se efectuarán a su representante legal. Cabe mencionar que habiendo beneficiarios menores de edad, la representación legal de éstos corresponde a quienes ejerzan la patria potestad, esto es, a los padres y a la falta de éstos, a los ascendientes en segundo grado en el orden que determine el juez de lo familiar, tomando en cuenta las circunstancias del caso; y a falta de ellos, a los tutores testamentarios legítimos o dativos previa declaración del estado de minoridad y discernimiento de esos cargos por el juez competente con las formalidades y limitaciones establecidas por la ley.

Por lo que hace a los beneficiarios, para las coberturas opcionales “beneficio por fallecimiento” y “garantía de pagos”, el pensionado titular deberá designar, con el carácter de beneficiarios y previo al inicio de vigencia del certificado individual de pensión, a las personas que desee, a fin de que sean éstas quienes reciban los pagos que les correspondan como consecuencia del fallecimiento del pensionado titular. Exclusivamente en estos dos casos, podrá sustituirse la designación de beneficiarios, debiendo hacerlo por escrito y en los formatos que tiene la institución de seguros para tales efectos. En cualquier momento el pensionado titular mediante escrito podrá hacer una nueva designación de beneficiarios, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal en contra para este efecto, el pensionado titular hará una notificación por escrito a la aseguradora, expresando con claridad el nombre del nuevo beneficiario. En caso que dicha notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la asegurante pagará el importe del seguro al último beneficiario que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella. Cuando no haya beneficiario designado, el importe de la cobertura opcional de que se trate se pagará a la sucesión legal del pensionado titular. Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente acrecerá en partes iguales la de los sobrevivientes, salvo estipulación en contrario. El pensionado titular puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de beneficiarios. Para que produzca sus efectos, dicha renuncia tendrá que hacerse constar en el certificado individual de pensión respectivo y el pensionado titular deberá comunicarlo por escrito al beneficiario y a la aseguradora, enviando a esta última el certificado individual de pensión para su anotación. El contratante no podrá ser designado bajo ninguna circunstancia beneficiario.

En el supuesto de que se descubra posteriormente que se ha proporcionado a la aseguradora información falsa o incorrecta relativa a la fecha de nacimiento del pensionado titular o del pensionista contingente, del monto de la pensión mensual, o de cualquier otra variable o característica que repercuta en el cálculo de la prima correspondiente, se procederá de acuerdo a las siguientes reglas:

- • Si se hubiese pagado una prima menor de la que correspondería por la información correcta, el monto de pago por los beneficios amparados por esta póliza se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa correspondiente a la información correcta en la fecha en que haya sido contratada la pensión.
- • En el caso de que se hubiese pagado una prima mayor de la que correspondería por la información correcta, la aseguradora reembolsará al contratante la diferencia entre la prima pagada y la prima que habría sido necesaria de acuerdo a la información correcta del pensionado en la fecha en que haya sido pagada.
- • Si es que la compañía hubiera realizado pagos en exceso como resultado de la información falsa o incorrecta del pensionado, deducirá la diferencia de los pagos que en lo sucesivo deban realizarse al pensionado titular, al pensionista contingente o al beneficiario, según sea el caso.

El contratante queda obligado a comunicar las altas a la colectividad asegurada y la institución de seguros podrá asegurar a todas las personas de la misma que reúnan las condiciones de admisión fijadas. Si se solicitan coberturas opcionales que requieran del consentimiento del pensionado titular o de la designación de un beneficiario, el contratante deberá enviar a la compañía los consentimientos individuales correspondientes dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de inicio de la vigencia para cada uno.

Sólo existe una causal para la cancelación del contrato y es la falta del pago de las primas.

En cuanto a los efectos de la cancelación no se podrá incluir a nuevos pensionados; la empresa de seguros no recibirá pagos subsecuentes para incrementar el importe de la pensión de los pensionados titulares, pensionistas contingentes o beneficiarios, según corresponda; la póliza continuará en pleno vigor en relación con los pensionados titulares, pensionistas contingentes o beneficiarios, según corresponda, ya existentes y cuyas primas únicas ya hubieran sido pagadas a la institución de seguros.

Este contrato y los certificados individuales de pensión podrán ser rehabilitados en cualquier fecha, a solicitud del contratante y previa aprobación por parte de la aseguradora, mediante el pago a esta última de los importes de primas debidos con sus correspondientes intereses moratorios.

Las estipulaciones consignadas en la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el contratante y la compañía, haciéndose constar por escrito mediante endosos o cláusulas previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, por tanto cualquier otra persona o agente no autorizada por la empresa de seguros carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Por lo que hace a este contrato no se podrá anular por razones de residencia, viajes, ocupación o género de vida del pensionado titular.

Se toma en cuenta la edad de cada pensionado titular que se calculará por los años enteros cumplidos a la fecha de primer pago de la pensión mensual, así como los años enteros cumplidos a esa misma fecha, de su correspondiente pensionista contingente, si lo tuviere. La edad de los pensionados titulares y de los pensionistas contingentes asentada en los certificados individuales de

pensión, deberá comprobarse cuando así lo juzgue necesario la compañía, presentándole pruebas fehacientes. Una vez hecha la comprobación, la aseguradora no podrá exigir nuevas pruebas.

La póliza o los certificados individuales son indisputables desde el momento en que cumplan dos años de su fecha de emisión, renunciando la aseguradora a todos los derechos que, conforme a la ley, son renunciables para atacar de nulidad esta póliza o los certificados individuales correspondientes o para rescindirlos en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir los riesgos. En caso de rehabilitación, dicho plazo contará a partir de la fecha en que se rehabilite la póliza o el certificado individual de pensión.

Si existiera alguna controversia, el quejoso podrá, a su elección, ocurrir a presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus delegaciones o ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esta institución de seguros, o bien, podrá presentar su demanda ante los Tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF, lo que deberá hacer dentro del término de dos años (el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa a los Usuarios de Servicios Financieros regula el plazo de un año) contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de esta institución de seguros a satisfacer sus pretensiones. En caso de que el quejoso decida presentar su reclamación ante CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF.

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que, no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Cualquier declaración o comunicación relacionada con la póliza se efectuará por escrito en el domicilio de la aseguradora indicado en la carátula de la póliza o en el certificado individual de pensión correspondiente.

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Este plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que esta institución de seguros haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios, se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor. Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción. Lo anterior, es acorde a los artículos 81, 82 y 83 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

#### 4.2.4. Seguro de accidentes y enfermedades.

Las últimas condiciones generales de seguro que se analizaran, serán las pertenecientes al seguro individual y/o familiar de accidentes personales, tomada de la institución de seguros denominada Seguros Banorte Generali S.A. de C.V., dentro de la cual, se encuentra regulada la cobertura por enfermedad, a continuación estudiaré las definiciones propias de este seguro, para poder comprenderlo de una manera amplia.

Por accidente se entiende el acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del asegurado, por lo tanto no se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el asegurado.

El asegurado es la persona que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en la póliza y se encuentra en el registro de asegurados de la aseguradora, existiendo también un asegurado titular que es aquella persona asegurada que firma como responsable en la solicitud o en el consentimiento y que aparece en la carátula de la póliza, a su vez encontramos que por familia asegurable, se entenderán los siguientes integrantes: el titular de la póliza, esposo(a) del titular, hijos del titular mayores de treinta días y menores de veinticuatro años; que sean solteros y no tengan ingresos, personas que dependan económicamente del titular, siempre que vivan con él y no tengan remuneración por su trabajo personal.

Se considera accidente colectivo aquel que sufra el asegurado mientras viaje como pasajero en cualquier vehículo de servicio público, que no sea aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; mientras viaje como pasajero de un ascensor que opere para servicio público (con exclusión de los ascensores industriales o de minas); a causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrare el asegurado al iniciarse el incendio.

Se considera accidente de trabajo, aquel que sufra el asegurado en ejercicio o con motivo de su trabajo habitual. Quedan comprendidos bajo esta cobertura, los accidentes que se produzcan al trasladarse el asegurado directamente de su domicilio al

lugar de trabajo y viceversa, o los que ocurran en traslados por comisiones de trabajo.

El beneficiario es la persona designada por el asegurado como titular de los derechos de indemnización derivados de las coberturas contratadas.

Por invalidez total y permanente, se entenderá la incapacidad total y permanente que sufra el asegurado a causa de accidente que le impida el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social. La cobertura se hará efectiva transcurrido el período de espera de tres o seis meses, según se haya contratado. También se considerará como invalidez total y permanente la pérdida de la función de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos o de ambos pies, la pérdida de una mano y un pie, la pérdida de una mano y la vista de un ojo, la pérdida de un pie y la vista de un ojo, por lo que hace a estos casos no aplica el período de espera.

La pérdida orgánica es cuando por pérdida de un pie, una mano o de los dedos pulgar e índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista en ese ojo.

Los padecimientos preexistentes son aquellos que antes del inicio de vigencia de la póliza provocaron un gasto, fueron diagnosticados por un médico, fueron aparentes a la vista o los que por sus síntomas no pudieron pasar desapercibidos.

Por lo que se refiere al estudio de las cláusulas generales, se establece que la póliza, la solicitud de seguro, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen pruebas del contrato de seguro, celebrado entre la aseguradora y el contratante.

La suma asegurada deberá determinarse para cada asegurado, siendo la responsabilidad máxima a cargo de la aseguradora.

En cuanto a las modificaciones, el contrato podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes contratantes y haciéndose constar mediante endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El agente o cualquier otra persona no autorizada por la aseguradora, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier otra índole.

La póliza será indisputable, excepto en el primer año de su vigencia y únicamente por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el asegurado para la apreciación del riesgo.

Este contrato no se afectará por razones de residencia, viajes, ocupación y género de vida de los asegurados, es lo que se define como carencia de restricciones.

Se darán de baja de las coberturas correspondientes los hijos del titular mayores de 24 años; los hijos del titular que sean casados o hayan contraído matrimonio durante la vigencia de la póliza; y, los asegurados que ya no dependan económicamente del titular.

Al concluir cada periodo de vigencia de esta póliza, la aseguradora se obliga a renovarla bajo las mismas condiciones estipuladas, siempre que el contratante cubra, dentro de los treinta días de espera, el monto total de la prima. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas que se encuentre en vigor y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La edad declarada por el asegurado se comprobará legalmente cuando así lo juzgue necesario la institución de seguros, la cual en ese momento hará la anotación correspondiente en la póliza, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya que pagar siniestro por muerte del asegurado, como se establece en el artículo 162 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si antes de ocurrir el fallecimiento de un asegurado, se descubre que éste ha declarado una edad inferior a la real; pero dentro de los límites de admisión, para el plan que se contrate, el seguro continuará en vigor por la misma suma asegurada, pero el contratante estará obligado a pagar a la aseguradora la diferencia que resulte entre las primas correspondientes a la edad declarada y a la real, por el periodo que falte hasta el siguiente vencimiento del contrato. Si la edad declarada es mayor que la verdadera, pero dentro de los límites de admisión, para el plan que se contrate, la compañía de seguros reembolsará al contratante la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado al momento de la celebración del contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

Si después de ocurrido un siniestro se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del asegurado, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión otorgadas la institución de seguros estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

El periodo de espera, es para los efectos del contrato cesarán automáticamente treinta días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la aseguradora podrá deducir del importe del seguro, la

prima total del seguro correspondiente a los treinta días de espera.

Como ya se ha estudiado con anterioridad el asegurado tendrá derecho a designar libremente a los beneficiarios del seguro, y podrá revocar tal designación mediante notificación por escrito a la aseguradora, siempre y cuando no hubiere renunciado a este derecho. Bajo el supuesto de que no se hayan designado beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado. La misma regla se observará, salvo que existan estipulaciones en contrario, en caso de que el beneficiario y asegurado fallezcan simultáneamente, o bien, cuando el primero fallezca antes que el segundo y éste no hubiera hecho una nueva designación. Al fallecer alguno de los beneficiarios, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

El evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la aseguradora, dentro de los cinco días siguientes al día en que se tenga conocimiento del siniestro y del derecho constituido a su favor.

El reclamante presentará a su costa a la aseguradora, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la reclamación.

La institución de seguros tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella alguna obligación. La obstaculización por parte del contratante, del asegurado o de los beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la institución de seguros de cualquier obligación.

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la aseguradora la suma asegurada que corresponda por fallecimiento y la indemnización que corresponda por pérdidas orgánicas se pagará al propio asegurado. La institución de seguros pagará a los beneficiarios, la indemnización que proceda dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas que fundamenten la reclamación.

En caso de que la aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de acuerdo a lo estipulado en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Existe una clasificación de coberturas por accidente, clasificación que se estudiara a continuación, por lo que hace a las coberturas por muerte y/o pérdidas orgánicas, se clasifica de la siguiente manera:

- • Muerte accidental (MA)
- • Pérdidas orgánicas "A"(POA)
- • Pérdidas orgánicas "B"(POB)
- • Muerte accidental y pérdidas orgánicas "A"(MAPOA)
- • Muerte accidental y pérdidas orgánicas "B"(MAPOB)
- • Accidente colectivo (AC)
- • Accidente de trabajo (AT)
- • Doble indemnización por accidente colectivo "A" (DIPACA)
- • Doble indemnización por accidente colectivo "B" (DIPACB)

La clasificación por coberturas por invalidez, es la siguiente:

- • Pago de suma asegurada por invalidez a consecuencia de accidente, tres meses de espera (PAIA 3)
- • Pago de suma asegurada por invalidez, a consecuencia de accidente, seis meses de espera (PAIA 6)
- • Pago de suma asegurada por invalidez a consecuencia de accidente de trabajo, tres meses de espera (PAIAT 3)
- • Pago de suma asegurada por invalidez, a consecuencia de accidente de trabajo, seis meses de espera (PAIAT 6)

La clasificación de coberturas por daños a la salud, es:

- • Rembolso de gastos médicos por accidente (RGMA)
- • Indemnización diaria por hospitalización (IDH)

Los riesgos que se encuentran cubiertos, dentro de la cobertura de muerte y/o pérdidas orgánicas, se encuentran:

La muerte accidental (MA), en la que la aseguradora pagará la suma asegurada contratada para este beneficio si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el plazo de seguro de la cobertura y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente, el asegurado fallece.

En las pérdidas orgánicas "A"(POA), la institución de seguros pagará la proporción que corresponda de la suma asegurada contratada para este beneficio, de acuerdo a la tabla de indemnización "A", si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente, el asegurado sufre una o más pérdidas orgánicas.

A continuación se muestra la tabla de indemnización "A":

Por la pérdida de: % de la Suma Asegurada

Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La indemnización se deberá de efectuar al propio asegurado, la responsabilidad de la institución de seguros en ningún caso excederá de la suma asegurada contratada para esta cobertura aún cuando el asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la institución de seguros tendrá el derecho de practicar, a su costa, un examen médico al asegurado.

Por lo que hace a las pérdidas orgánicas "B"(POB), la institución de seguros pagará la proporción que corresponda de la suma asegurada contratada para este beneficio, de acuerdo a la tabla de indemnización "B", si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el plazo de seguro de la cobertura contratada y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente, el asegurado sufre una o más pérdidas orgánicas.

En seguida se muestra la tabla de indemnización "B":

Por la pérdida de: % de la Suma Asegurada

Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y un ojo o un pie y un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	30%
Tres dedos, que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio o el anular o el meñique de cualquier mano	5%
Un ojo	30%
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	30%
Sordera completa de los oídos	25%

Por lo que hace a la muerte accidental y pérdidas orgánicas "A" (MAPOA), la institución de seguros pagará la proporción que corresponda de la suma asegurada contratada para este beneficio, de acuerdo a la tabla de indemnizaciones, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente, el asegurado fallece o sufre pérdidas orgánicas.

Se muestra la tabla de indemnizaciones "A":

Por la pérdida de: % de la Suma Asegurada

La vida	100%	
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos		100%
Una mano y un pie	100%	
Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo		100%
Una mano o un pie	50%	
La vista de un ojo	30%	
El dedo pulgar de cualquier mano		15%
El dedo índice de cualquier mano		10%

En caso de fallecimiento, la indemnización se pagará a los beneficiarios designados y la correspondiente a pérdidas orgánicas se efectuará al propio asegurado. De igual manera la institución sólo responde hasta el límite de la suma asegurada aún cuando el asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias pérdidas de las especificadas, y también se tiene la facultad de que la institución de seguros realice un examen médico al asegurado, que se realizará a costa de la aseguradora.

En la muerte accidental y pérdidas orgánicas “B” (MAPOB), la aseguradora pagará la proporción que corresponda de la suma asegurada contratada para este beneficio, de acuerdo a la tabla de indemnizaciones, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente, el asegurado fallece o sufre pérdidas orgánicas.

La tabla de indemnizaciones “B”, se muestra a continuación:

Por la pérdida de: % de la Suma Asegurada

La vida	100%	
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos		100%
Una mano y un pie	100%	
Una mano y un ojo o un pie y un ojo		100%
Una mano o un pie	50%	
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano		30%
Tres dedos, que no sean el pulgar o el índice de una mano		25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano		25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano		20%
El pulgar de cualquier mano	15%	
El índice de cualquier mano	10%	
El dedo medio o el anular o el meñique de cualquier mano		5%
Un ojo	30%	
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos		30%
Sordera completa de los oídos		25%

Aplican las mismas reglas que se han comentado en las clasificaciones anteriores.

El accidente colectivo (AC), es cuando la institución de seguros pagará la suma asegurada contratada para este beneficio si a consecuencia de un accidente colectivo, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente, el asegurado fallece.

Cuando se trata de accidente de trabajo (AT), la aseguradora pagará la suma asegurada contratada para este beneficio si a consecuencia de un accidente de trabajo, ocurrido durante el plazo de seguro de esta cobertura y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente, el asegurado fallece.

En doble indemnización por accidente colectivo “A” (DIPACA), la empresa de seguros duplicará la indemnización señalada en la cobertura de muerte accidental y pérdidas orgánicas “A” (MAPOA), si el fallecimiento o las pérdidas orgánicas son sufridas por el asegurado a consecuencia de accidente colectivo.

En la doble indemnización por accidente colectivo “B” (DIPACB), la aseguradora duplicará la indemnización señalada en la cobertura de muerte accidental y pérdidas orgánicas “B” (MAPOB), si el fallecimiento o las pérdidas orgánicas son sufridas por el asegurado a consecuencia de accidente colectivo.

Por lo que hace a los riesgos no cubiertos por las coberturas de muerte y/o pérdidas orgánicas, encontramos los accidentes por participación del asegurado en accidentes por participación del asegurado en servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección; actos delictivos intencionales, en que participe directamente el asegurado; pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo; paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte; riña cuando él la haya provocado; y,

motociclismo.

También quedan excluidas las enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por lesiones accidentales, así como los accidentes que ocurran al encontrarse el asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para la transportación de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares; las lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental; inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue accidental; envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental; muerte o lesiones ocurridas por culpa grave del asegurado, como consecuencia de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, no prescritos por un médico; homicidio como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictivos intencionales; trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas; infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental; y, la muerte o cualquier pérdida que se manifieste noventa días después de ocurrido el accidente.

Estas coberturas serán canceladas automáticamente bajo los supuestos siguientes:

- • Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
- • En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de setenta años.
- • Cuando el asegurado reciba el beneficio de alguna cobertura por invalidez que estuviere contratada en la póliza.

Por lo que se refiere a las coberturas por invalidez, expondré las siguientes:

En el pago de la suma asegurada por invalidez a consecuencia de accidente, tres meses de espera (PAIA 3), si el asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura, la aseguradora le pagará la suma asegurada alcanzada de este beneficio, después de transcurrido un período de espera de tres meses desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

Por lo que respecta al pago de suma asegurada por invalidez a consecuencia de accidente, seis meses de espera (PAIA 6), si el asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la aseguradora le pagará la suma asegurada alcanzada de este beneficio, después de transcurrido un período de espera de seis meses desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

En el pago de suma asegurada por invalidez, a consecuencia de accidente de trabajo, tres meses de espera (PAIAT 3), si el asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente de trabajo ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, la aseguradora le pagará la suma asegurada alcanzada de este beneficio, después de transcurrido un período de espera de tres meses desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

En cuanto al pago de suma asegurada por invalidez, a consecuencia de accidente de trabajo, seis meses de espera (PAIAT 6), si el asegurado sufre un estado de invalidez total y permanente a causa de un accidente de trabajo ocurrido durante la vigencia de la cobertura, la aseguradora le pagará la suma asegurada alcanzada de este beneficio, después de transcurrido un período de espera de seis meses desde la fecha en que se diagnostique el estado de invalidez total y permanente.

Estas coberturas serán canceladas automáticamente bajo los supuestos siguientes:

- • Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza.
- • En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de sesenta años.
- • Cuando se haya efectuado un pago por pérdida orgánica y el monto liquidado sea del 100%.
- • En caso de no haber cubierto el 100% por pérdida orgánica, se liquidará la suma asegurada complementaria.

Los riesgos no cubiertos por las coberturas de invalidez, en primer lugar son los accidentes por participación del asegurado en el servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección; actos delictivos intencionales, en que participe directamente el asegurado; pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo; paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte; riña cuando él la haya provocado; y motociclismo.

De igual manera quedan excluidas de la cobertura las lesiones auto inflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental; así como la invalidez provocada por lesiones ocurridas por culpa grave del asegurado, como consecuencia de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, no prescritos por un médico; las lesiones resultantes de radiaciones atómicas y nucleares o derivadas de éstas; accidentes que ocurran al encontrarse el asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de empresa comercial, debidamente autorizada para el transporte de pasajeros, que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH positivo.

Dentro de la clasificación de coberturas por daños a la salud, se tiene:

El reembolso de gastos médicos por accidente (RGMA), que es cuando a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de la cobertura, el asegurado, dentro de los diez días siguientes a la fecha del mismo; se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancias o medicinas, la compañía pagará además de las otras indemnizaciones a que tuviera derecho el asegurado, el costo de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por este concepto previa comprobación, a costa de la aseguradora. Los gastos que resulten de aparatos de prótesis, dental o de cualquier otra clase de tratamientos de ortodoncia, necesarios a consecuencia de accidente, serán cubiertos por la compañía de seguros hasta un límite de un 15% de la suma máxima asegurada en la cobertura.

Los gastos por ambulancia o de traslado del asegurado se pagarán hasta un máximo de 5% de la suma asegurada contratada por la cobertura. Las cantidades que se paguen por estos conceptos, disminuirán en igual cantidad la suma máxima asegurada en la cobertura. Los gastos cubiertos por accidente se pagarán por período máximo de trescientos sesenta y cinco días contados a partir de la fecha del accidente sin que en ningún caso excedan de la suma contratada.

Los riesgos que no se encuentran cubiertos son aquellos gastos de hospitalización a terceros; cualquier tratamiento relacionado con padecimientos preexistentes a la fecha en que se inicie la vigencia de la cobertura con respecto al asegurado; tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas; tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto; tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales; curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación de estado de salud (check-up). Así como los accidentes por participación del asegurado en servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección; actos delictivos intencionales, en que participe directamente el asegurado; aviación privada en calidad de tripulante, pasajero, mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros; pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo; motociclismo; paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte; riña cuando él la haya provocado. De igual manera se excluye el suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental; las lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia del alcohol o por el uso de estimulantes, excepto si estos fueran prescritos por un médico

Esta cobertura se cancelará automáticamente al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza; o en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de setenta años.

Por lo que se refiere a la indemnización diaria por hospitalización (IDH), la aseguradora pagará al asegurado la renta contratada si el asegurado se hospitaliza a consecuencia de un accidente y por prescripción de un médico. El beneficio descrito anteriormente aplica para cada accidente cubierto para un período mínimo de hospitalización de veinticuatro horas y hasta treinta días, una vez transcurrido el periodo de espera de treinta días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación.

Dentro de los riesgos no cubiertos se encuentra cualquier tratamiento relacionado con padecimientos preexistentes a la fecha en que se inicie la vigencia de la cobertura con respecto al asegurado; tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas; tratamientos e intervenciones quirúrgicas, de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto; tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales; curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación de estado de salud (check-up). De igual manera, por los accidentes por participación del asegurado en servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección; actos delictivos intencionales, en que participe directamente el asegurado; aviación privada en calidad de tripulante, pasajero, mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros; pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo; conducción de motocicletas y vehículos de motores similares; paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia

o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte; suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental. Así como las lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia del alcohol o por el uso de estimulantes, excepto si éstos fueran prescritos por un médico.

Esta cobertura se cancelará automáticamente al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza; o bien, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de setenta años; ó al acumularse los treinta días de hospitalización en un año póliza quedará cancelada la cobertura hasta la próxima anualidad.

Para que proceda el reembolso de los gastos médicos, se deberá dar aviso a la institución de seguros dentro de los diez días siguientes a la fecha de ocurrido el siniestro, si a consecuencia de un accidente se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancias o medicinas.

## CONCLUSIONES

PRIMERA. El contrato de seguro, tiene como uno de sus objetivos principales la protección del patrimonio de los asegurados, los daños ocasionados a su salud o alguna ayuda económica a sus beneficiarios por la pérdida de la vida, siendo parte fundamental del sistema financiero mexicano al celebrarse masivamente y financiarse con el pago de las primas de los asegurados.

SEGUNDA.- Su marco jurídico es abundante, se encuentra regulado por la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y, también existe una ley que se encarga de regular la organización y funcionamiento de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros; las actividades y operaciones que las mismas podrán realizar; así como la de los agentes de seguros y demás personas relacionadas con la actividad aseguradora, en protección de los intereses del público usuario de los servicios correspondientes, siendo ese ordenamiento la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. No obstante que existe una amplia legislación que lo regula, es necesario acudir de manera supletoria al Código de Comercio y en ocasiones al Código Civil Federal, para contar con una legislación que resuelva algún punto relacionado con el mismo, y en otras, hay lagunas en su regulación.

TERCERA.- El contrato de seguro se rige por el principio de buena fe, el cual aplica a todos los contratos, pero de manera especial y relevante al seguro, pues la aseguradora asume profesionalmente riesgos ajenos administrando un fondo común constituido por las primas pagadas por los asegurados. De ahí, que las partes intervinientes e incluso los beneficiarios que no participaron en el contrato deben actuar antes de la celebración del contrato, durante su vigencia y con posterioridad, de buena fe proporcionando toda la información relacionada con el riesgo, su agravación y en la realización del siniestro o al documentar su pago, bajo la sanción de no pago de la suma asegurada.

CUARTA.- Aunque principalmente son tres los elementos personales del seguro, la ley da la posibilidad para que pueda llegar a ser mayor el número de elementos personales.

QUINTA.- En nuestra legislación, se contemplan dos principales grupos de seguros, el seguro de cosas o de daños y el seguro de personas o vida, la principal diferencia existe en que en el seguro de cosas o de daños siempre debe existir un interés jurídico económico del beneficiario y en el seguro de personas o de vida, puede o no existir ese interés económico, ya que también se puede dar derecho a prestaciones independientes de pérdidas patrimoniales que sean derivadas del siniestro.

SEXTA.- Existen diversas figuras jurídicas, las cuales resuelven los contratos y de manera específica el contrato de seguro, entre las que se encuentran, las que se estudiaron en el presente trabajo, el pago, la rescisión del contrato, la novación, la confusión, la prescripción y la compensación.

SÉPTIMA.- La obligación de realizar el pago de una póliza de seguro se da al momento en que se genera el siniestro, siempre y cuando haya existido el pago de las primas correspondientes, o se esté dentro del plazo convencional o legal de gracia. El pago que realizan las aseguradoras, se puede dar de diversas maneras, como lo es el caso de la compensación. No es necesario que el pago se realice en dinero, ya que la ley y la doctrina contemplan las obligaciones de dar.

OCTAVA.- En la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se contemplan diversos supuestos en los que se faculta a las instituciones de seguro, así como al asegurado para que durante la vigencia del contrato puedan dar por rescindido el contrato, estableciendo las hipótesis para que se dé la resolución del contrato. La rescisión del contrato se da cuando alguna de las partes incurre en un hacer o no hacer, previsto en la ley o en el contrato como causa de rescisión. En algunos casos la facultad de rescindir el contrato es renunciable ya sea de manera expresa o tácita. se entiende que existe renuncia tácita cuando al transcurrir el plazo legal para la rescisión no se hace valer la misma.

NOVENA.- La prescripción es otra manera de resolver el contrato de seguro, el plazo genérico en materia de seguros para la prescripción es de dos años y se cuenta a partir de la fecha del acontecimiento que le dio origen. Existen varios supuestos legales bajo los cuales se interrumpe la prescripción como lo es la designación de peritos que se dé por la realización del siniestro, por la presentación del escrito de reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o ante la Unidad Especializada con la que cuente la aseguradora, o el requerimiento de pago de la prima tratándose de la acción de pago de la prima, y las que se encuentran previstas de manera supletoria en el Código de Comercio.

DÉCIMA.- En cuanto al análisis de los supuestos legales para el no pago de una póliza de seguros, se contemplan varios para el seguro en general. Uno de los requisitos esenciales para poder exigir el pago de una póliza de seguros es estar al corriente en el pago de la prima, ya que de no estar cubierta la prima, las aseguradoras fácilmente, y de manera legal y justa, pueden evadir el pago de la póliza.

UNDÉCIMA.- Las aseguradoras, en algunas situaciones no contempladas en la ley y el contrato, crean sus propios criterios y evitan el pago de una póliza, como es el caso de que el siniestro se haya causado en un cumplimiento de un deber de humanidad; al no existir un criterio legal acerca de qué es un deber de humanidad, lo que conlleva a la evasión del pago de la póliza de seguro.

DUODÉCIMA.- Las compañías de seguros no se encuentran obligadas a responder del pago de una póliza de seguro en el caso de que el siniestro se produzca por culpa grave, pero salvo pacto en contrario si pueden hacerlo en el caso de culpa, una propuesta legislativa es que se debe distinguir entre una y otra, ya que al no existir un criterio legal a seguir, es común que se cometa el error de confundirse entre estos conceptos. Al existir la diferencia entre culpa y culpa grave las compañías de seguros no podrían negar tan frecuentemente el pago de una póliza, sobre todo en el caso de accidentes de automóviles.

DÉCIMA TERCERA.- En ocasiones, las instituciones de seguros, no capacitan de manera correcta a su personal, por lo que hablando de los ajustadores de seguros, son personas que no tienen los suficientes conocimientos ni criterio para poder determinar quién es el responsable del siniestro, adquieren una autoridad que no les corresponde, por lo que considero es necesario, un mayor control sobre este tipo de personas, que no protegen los intereses del asegurado que supuestamente representan.

DÉCIMA CUARTA.- El contrato de seguro, por ser un contrato de adhesión, el asegurado no tiene la posibilidad de objetar o discutir el contenido de la póliza y las condiciones generales, por lo que, si desea ser usuario sólo le queda adherirse o no concertar el pacto. Dentro de esa temática, en ocasiones, la aseguradora podría hacer cambios a la oferta o al renovarse la póliza, las que de no existir ninguna inconformidad por parte del asegurado en el plazo de treinta días se tendrán por aceptadas tácitamente. Creo que se debe realizar una reforma a la ley, en la cual la protección al asegurado y/o al beneficiario sea mayor y que las modificaciones que se realicen a la póliza y que no concuerden con la oferta se tendrán por no puestas e impedirle a la aseguradora realizar modificaciones en las renovaciones del contrato, salvo la relativa al pago de la prima, o que exista convenio por escrito en el que claramente el asegurado acepte las nuevas condiciones.

DÉCIMA QUINTA.- Actualmente las instituciones de seguros cometen muchos abusos para evitar el pago de una póliza de seguro, derivado de la interpretación que llevan a cabo de muchas causas legales y convencionales que tiene a su favor. Eso puede ser remediado con reformas legales por las cuales no se dejen abiertos los criterios que actualmente existen y que dan pie a las aseguradoras para poder evitar el pago de una póliza de seguro. Es necesario una mayor vigilancia sobre el personal de las instituciones de seguros y sobre todo una mayor capacitación.

Por la gran aplicación que tiene este tema y por que las aseguradoras abarcan una parte importante en el sector financiero, considero que no deben seguir generándose los abusos por parte de las aseguradoras y si existe una ley que se encarga de su estudio, no debe de permitir los abusos en contra del asegurado, pues es él a quien se debería buscar proteger ante cualquier eventualidad.

## FUENTES DE INVESTIGACIÓN.

### BIBLIOGRAFÍA.

- Acosta Romero, Miguel. DERECHO DE LA DEFENSA DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS FINANCIEROS MEXICANOS. Primera Edición, Editorial Porrúa, S.A. DE C.V., México 2002.
- Azúa Reyes, Sergio T. LOS PRINCIPIOS GENERALES DEL DERECHO. Segunda Edición, Editorial Porrúa, México 1998.
- Bataller Grau, Juan. EL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTRATO DE SEGURO. Tecnos, Madrid, 1997.
- Caballero Sánchez, Ernesto. EL CONSUMIDOR DE SEGUROS: PROTECCIÓN Y DEFENSA. Mapfre, Madrid 1997.
- Galindo Garfias, Ignacio. TEORÍA GENERAL DE LOS CONTRATOS. Primera Edición, Editorial Porrúa, México 1996.
- García Villalón, Julio. OPERACIONES DE SEGUROS CLÁSICAS Y MODERNAS. Pirámide, Madrid, 1997.
- Greco, Orlando. DICCIONARIO DE SEGUROS. Primera Edición, Buenos Aires, ediciones Valleta 2004.
- Lutzesco, Georges. TEORÍA Y PRACTICA DE LAS NULIDADES. Novena Edición, Editorial Porrúa, México 2000.
- Martínez Gil, José de Jesús. LA BUENA FE EN LOS SEGUROS PRIVADOS. Primera Edición, Editorial Porrúa, México 2004.
- Martínez Gil, José de Jesús. MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE LOS SEGUROS. Cuarta Edición, Editorial Porrúa, México 1998.
- Meilij, Gustavo Raúl. SEGUROS DE VIDA. Depalma, Buenos Aires, 1995.
- Ruiz Rueda Luis. EL CONTRATO DE SEGURO. Primera Edición. Editorial Porrúa. México 1973.
- Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. EL CONTRATO DE SEGURO PRIVADO. Editorial Porrúa, s.a. DE c.v., México, 2000.
- Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. LA INSTITUCIÓN DEL SEGURO EN MÉXICO. Editorial Porrúa, S.A. DE C.V., México, 2000.
- Sepúlveda Sandoval, Carlos. EL CONTRATO DE SEGURO. Editorial Porrúa, México 2006.
- Sobrino, Waldo Augusto R. SEGUROS Y RESPONSABILIDAD CIVIL. Editorial Universidad, Buenos Aires, 2003.
- Soto, Héctor Miguel. CONTRATO: CELEBRACIÓN, FORMA Y PRUEBA CON ESPECIAL REFERENCIA AL CONTRATO DE SEGURO. La Ley, Buenos Aires, 2001.
- Stiglitz, Rubén S. DERECHO DE SEGUROS I. Tercera Edición, Editorial Abeledo-Perrot, Buenos Aires, Argentina 2001.
- Stiglitz, Rubén S. DERECHO DE SEGUROS II. Tercera Edición, Editorial Abeledo-Perrot, Buenos Aires, Argentina 2001.
- Zamora Sánchez, Pedro. ARBITRAJE EN INSTITUCIONES FINANCIERAS. Primera Edición, Editorial Oxford, México 2002.

### LEGISLACIÓN CONSULTADA

- Código Civil Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día veintiséis de marzo de mil novecientos veintiocho, en vigor a partir del primero de octubre de mil novecientos treinta y dos, y adopta el nombre actual por reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del veinticuatro de mayo del dos mil.
- Código Civil para el Distrito Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día veintiséis de marzo de mil novecientos veintiocho, en vigor a partir del primero de octubre de mil novecientos treinta y dos, y adopta el nombre actual por reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del veintinueve de mayo del dos mil.
- Código de Comercio, publicado en el Diario Oficial de la Federación del día siete al trece de octubre de mil ochocientos ochenta y nueve, en vigor a partir del primero de enero de mil ochocientos noventa
- Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, publicada en el Diario Oficial de la Federación el catorce de agosto de mil novecientos treinta y cinco, entrando en vigor el día de su publicación.
- Ley Sobre el Contrato de Seguro, publicada en el Diario Oficial de la Federación el treinta y uno de agosto de mil novecientos treinta y cinco.

## O T R A S F U E N T E S

Suprema Corte de Justicia de la Nación, Poder Judicial de la Federación. COMPILA XII, LEGISLACIÓN FEDERAL Y DEL DISTRITO FEDERAL (DISCO COMPACTO CD). México, marzo 2006.

Suprema Corte de Justicia de la Nación, Poder Judicial de la Federación. IUS 2006, JUNIO 1917 – JUNIO 2006. JURISPRUDENCIA Y TESIS AISLADAS (DISCO COMPACTO CD). México 2006.

Bibliográfica Omeba. ENCICLOPEDIA JURÍDICA OMEBA (DVD), 2005.

## FUENTES ELECTRÓNICAS

[http://es.wikipedia.org/wiki/Ley\\_de\\_los\\_grandes\\_números](http://es.wikipedia.org/wiki/Ley_de_los_grandes_números)

<http://www.condusef.gob.mx/>

<http://buscon.rae.es/drae/>

<http://www.condusef.gob.mx/>

[http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=nivel1/buscon/AUTORIDAD2.HTM](http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=nivel1/buscon/AUTORIDAD2.HTM)

<http://www.insurer.com.ar/leyes/17418.htm>

[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Privado/150-1980.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Privado/150-1980.html)

[http://es.wikipedia.org/wiki/Guerra\\_civil](http://es.wikipedia.org/wiki/Guerra_civil)

<http://es.wikipedia.org/wiki/Terremoto>

<http://www.jmarcano.com/variados/desastre/huracan.html#quees>

[http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=incendio](http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=incendio)

<http://buscon.rae.es/drae/>

[http://209.85.173.104/search?q=cache:ryqQjx8kScgJ:https://oplinea.qualitas.com.mx/docs/condiciones\\_grales\\_T\\_nov\\_06.pdf%3FPPHSESSID%3D916eec9c4bcf680c4f50efaa3c090d40+CONDICIONES+GENERALES+AUTOMOVILES+CAMIONES+RESIDENTES&](http://209.85.173.104/search?q=cache:ryqQjx8kScgJ:https://oplinea.qualitas.com.mx/docs/condiciones_grales_T_nov_06.pdf%3FPPHSESSID%3D916eec9c4bcf680c4f50efaa3c090d40+CONDICIONES+GENERALES+AUTOMOVILES+CAMIONES+RESIDENTES&)

[http://www.lapeninsular.com.mx/pdf/condiciones\\_mult\\_empresarial.pdf](http://www.lapeninsular.com.mx/pdf/condiciones_mult_empresarial.pdf)

<http://209.85.173.104/search?q=cache:IXvsPYKd2ugJ:www.banortegenerali.com.mx/seguros/doc%255CProductos%2520Individuales%255CDIVERSOS%255CCond.%2520Gen%2520de%2520Robo%2520de%2520Mercancia.pdf+P%C3%93LIZA+DE+SEGURO+CON>

<http://209.85.173.104/search?q=cache:tIChDgPpxQ0J:www.lapeninsular.com.mx/pdf/INCENDIO.pdf+P%C3%93LIZA+DE+SEGURO+CONTRA+INCENDIO+O+RAYO&hl=es&ct=clnk&cd=3&gl=mx>

[http://209.85.173.104/search?q=cache:2kYPDZc5FscJ:www.segbxt.com.mx/formas/f\\_interno/TERMYCOND\\_SI.pdf+P%C3%93LIZA+DE+SEGURO+DE+CR%C3%89DITO+INTERNO&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx](http://209.85.173.104/search?q=cache:2kYPDZc5FscJ:www.segbxt.com.mx/formas/f_interno/TERMYCOND_SI.pdf+P%C3%93LIZA+DE+SEGURO+DE+CR%C3%89DITO+INTERNO&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx)

<http://209.85.173.104/search?q=cache:qI3fUfolUJUUJ:www.mapfretepeyac.com/NR/rdonlyres/A0AE2C88849F4C0FBA309BB5105A65C5/66/CGDevoluciondeprimas.pdf+CONDICIONES+GENERALES+SEGURO+DE+VIDA+INDIVIDUAL&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=mx>

[http://209.85.173.104/search?q=cache:Ba\\_YCwm8upwJ:www.lapeninsular.com.mx/pdf/CONDICIONES\\_GENERALES\\_DE\\_GMM\\_colectivo.pdf+P%C3%B3liza+de+Seguro+de+Gastos+M%C3%A9dicos+Mayores&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx](http://209.85.173.104/search?q=cache:Ba_YCwm8upwJ:www.lapeninsular.com.mx/pdf/CONDICIONES_GENERALES_DE_GMM_colectivo.pdf+P%C3%B3liza+de+Seguro+de+Gastos+M%C3%A9dicos+Mayores&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx)

<http://www.inbursa.com.mx/CondicionesGenerales/F-1924-1.pdf>

[http://209.85.173.104/search?q=cache:sn\\_p0RpHi9oJ:www.banortegenerali.com.mx/seguros/doc/vida/CG\\_AP%2520\\_INDIVIDUAL.pdf+Seguro+Individual+y/o+Familiar+de+Accidentes+Personales+Condiciones+Generales&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx](http://209.85.173.104/search?q=cache:sn_p0RpHi9oJ:www.banortegenerali.com.mx/seguros/doc/vida/CG_AP%2520_INDIVIDUAL.pdf+Seguro+Individual+y/o+Familiar+de+Accidentes+Personales+Condiciones+Generales&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx)