



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ARAGÓN

**LA DETERMINACIÓN DE IMPROCEDENCIA
POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS, EN LA
RECLAMACIÓN DE PAGO DE GASTOS
MÉDICOS MAYORES, POR EXCLUSIÓN DE
PADECIMIENTOS PREEXISTENTES,
CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS
CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA
DE GRUPO.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN DERECHO

P R E S E N T A:

GABRIEL CASTRO ÁLVAREZ

ASESOR:

MTRO. MAURICIO SÁNCHEZ ROJAS



BOSQUES DE ARAGÓN, EDO. DE MÉXICO, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA:

A la memoria de mis padres: Fortino y Eulalia.

a mis hijas Ximenita, Giovis, Gaby, y a Rocío, mi esposa.

a mis hermanos: Alicia, León, Guadalupe, María Elena, Ángel, Lorenzo, Antonio, Alejandro, y a la memoria de Raymundo.

a todos mis sobrinos, particularmente a Consuelito.

a la Universidad Nacional Autónoma de México.

a mis profesores de Derecho de la Facultad de Estudios Superiores, Aragón.

En especial a la Asociación de Alcohólicos Anónimos (A.A.), por sus 75 años de ayuda continua a enfermos de alcoholismo.

Í N D I C E

	Pág.
Introducción.....	i

CAPÍTULO I.

RESEÑA HISTÓRICA DEL SEGURO

1.1. Primera Etapa: Las Primeras Formas para Prevenir Pérdidas.....	1
1.1.1. El Riesgo Compartido y la Ayuda Mutua.....	1
1.2. Segunda Etapa: Antecedentes del Contrato de Seguro.....	6
1.2.1. El Nauticum Foenus (Préstamo a la Gruesa o Préstamo marítimo).....	6
1.2.2. El Decreto del Papa Gregorio IX.....	7
1.2.3. Los Primeros Contratos de Seguro Marítimo.....	8
1.3. El Contrato de Seguro Contra Incendios, Vida y de Gastos Médicos Mayores.....	10

CAPÍTULO II.

REGULACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA.

2.1. Las Primeras Disposiciones.....	21
2.1.1 El código de 1854. Reglamentación del Seguro como Contrato de Derecho Mercantil.....	23
2.1.2 El Código de 1870.....	26
2.1.3. El Código de Comercio de 1884.....	28
2.1.4. El Código de 1889.....	30
2.1.5. Ley General de Sociedades de Seguro de 1926.....	33
2.1.6. La Ley Sobre el Contrato de Seguro de 1935.....	34

CAPÍTULO III.

EL CONTRATO DE SEGURO.

3.1. Concepto General.....	47
3.2. Clasificación del Contrato de Seguro.....	52
3.3. Oferta, Aceptación y Perfeccionamiento del Contrato de Seguro.....	55
3.4. Naturaleza de la Póliza de Seguro.....	68
3.5. Diferentes Tipos de Póliza.....	71

CAPÍTULO IV

LA POLÍZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES GRUPO.....

4.1 Cobertura de Gastos Médicos en la Póliza de Grupo.....	84
4.1.1. El Pago Directo: Los Pagos que Realiza Directamente la Compañía de Seguros a Médicos y Hospitales de su Red Médica o de Convenio.....	89
4.1.2. Reclamación de Pago de los Gastos Médicos Mayores Efectuados ante la Compañía de Seguros.....	92
4.2. Exclusiones Generales en la Póliza de Grupo de Gastos Médicos Mayores.....	95
4.2.1. La Preexistencia.....	99
4.2.2. Exclusiones por Gastos Incurridos a Consecuencia de Padecimientos Preexistentes, Hayan Sido Declarados o no, Excepto los Específicamente Cubiertos.....	104
4.3. Endoso de Cobertura de Padecimientos Preexistentes.....	107

CAPÍTULO V

LA FORMALIZACIÓN DE RECLAMACIONES ANTE LA EMPRESA ASEGURADORA Y LA DETERMINACIÓN DE IMPROCEDENCIA POR

**PADECIMIENTOS PREEXISTENTES. RESOLUCIÓN POR LAS
DISTINTAS INSTANCIAS COMPETENTES.**

5.1. Presentación del Reclamo ante el Área de Siniestros de Gastos Médicos de la Empresa Aseguradora.....	110
5.2. Reconsideración de la Reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios: Confirmación del Rechazo, o su Procedencia.....	113
5.3. Queja ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef).....	120
5.3.1. La Problemática Planteada por el Usuario de Servicios Financieros ante Condusef.....	120
5.3.2. La Audiencia de Ley.....	124
5.4. Demanda del Cumplimiento de las Obligaciones Contractuales en la Vía Ordinaria Mercantil: La Resolución de los Tribunales Competentes.....	129

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

BIBLIOGRAFÍA

LEGISLACIÓN

JURISPRUDENCIAS

MANUALES

INTRODUCCIÓN

En el Contrato de Seguro el proponente transfiere a la empresa aseguradora determinados riesgos, tales como perder la vida, la salud o el patrimonio; las partes prevén que si durante la vigencia de la póliza el asegurado, muere, enferma, o pierde su patrimonio, entonces la compañía de seguros se obliga a reparar el daño, si esto es posible, o a pagar una suma de dinero; en contrapartida el asegurado se obliga a pagar una prima. Sin embargo, en algunas ocasiones el supuesto de reparación de daños queda de lado, cuando el personal de la aseguradora en forma subjetiva, revisa los documentos relativos a las reclamaciones de pago que los asegurados le presentan, para que a fin de cuentas declinen el trámite de indemnización; de hecho, ésta es la principal razón por la que los reclamantes acuden ante las Autoridades Administrativas y Judiciales competentes para exigir de las Instituciones de seguros el cumplimiento del seguro que contrataron.

Por la póliza de Gastos Médicos Mayores, la compañía de seguros cubre los gastos médicos y hospitalarios necesarios para la recuperación del asegurado, cuando la salud de éste ha sido afectada por una enfermedad o por un accidente. La cobertura para ese ramo, puede otorgarse de forma individual, familiar o por **grupo**.

En la actualidad, empresas públicas y privadas están contratando la póliza de Gastos Médicos Mayores Grupo para que sus trabajadores cuenten con una atención médica y hospitalaria de calidad, por lo que la han incluido en sus **prestaciones laborales**; a su vez, las aseguradoras han establecido dentro de sus condiciones de contratación de este tipo de póliza, que los empleados de una empresa o integrantes de un grupo a asegurarse **queden exentos de examen médico**. Esto a primera vista parece ser una dispensa de las compañías de seguros en beneficio de los asegurados; por el contrario, no es así, ya que el titular de la póliza, al ser considerado como parte del grupo de trabajadores a asegurarse, se obliga junto con sus

dependientes económicos (que también formarán parte del grupo a asegurarse) a llenar de puño y letra los formularios de solicitud de póliza, que la compañía de seguros proporciona. Esos formularios incluyen preguntas (como por ejemplo: ¿ha sido intervenido quirúrgicamente?, ¿padece del corazón?, ¿del hígado?, etc., etc.) que vienen a constituir **una verdadera historia clínica**, y que serán la base para que las aseguradoras valoren las condiciones de salud en que van a asegurar a las personas.

A pesar de esto, se siguen dando casos en los que los asegurados omiten declarar en la solicitud de la póliza, haber sufrido o tener un padecimiento antes de la celebración del Contrato de Seguro; luego entonces, al sobrevenir una enfermedad los asegurados presentan ante la compañía de seguros **la documentación requerida** para recibir la atención médica y hospitalaria, en las clínicas y hospitales con los que la compañía de seguros tiene convenio para estos casos, o bien pagar al reclamante los gastos efectuados mediante reembolso. Por su parte, la aseguradora por medio de sus **especialistas en el Área de Siniestros**, procede a analizar la referida documentación que le fue presentada. Si del análisis resulta un caso de omisión o falsa declaración en la solicitud de la póliza, y ésta se relaciona de forma directa o indirecta con un **padecimiento preexistente**, seguramente **determinará la improcedencia de reclamación de pago de los gastos médicos**.

Con la información del estado de salud que los asegurados han proporcionado en la solicitud de la póliza, la compañía de seguros expide **los endosos** correspondientes, excluyendo los padecimientos declarados, así como sus complicaciones. Además, en las Condiciones Generales de la póliza, se prescriben padecimientos y tratamientos médicos excluidos, situaciones que deberían tomar en cuenta los solicitantes antes de contratar una póliza, para no alimentar la falsa expectativa de que contratada una póliza de gastos médicos se pueden atender todas las enfermedades que se padecen.

En ese orden de ideas, en el primer capítulo de este trabajo de investigación, se realizó una retrospectiva de la historia del Contrato de Seguro, partiendo del análisis de la prevención de pérdidas, es decir, exponiendo cómo desde las primeras grandes civilizaciones apareció en ellas la idea de reparar los daños que producen ciertos acontecimientos; señalando a su vez, las primeras formas de ayuda mutua creadas por la humanidad, asimismo, se hace referencia a los antiguos códigos que los rigieron, y cómo éstos, ante las contingencias sufridas por los pueblos, ordenaban a los individuos a auxiliarse para resarcir los daños acaecidos; así llegamos a las civilizaciones griega y romana, en las que una norma jurídica regula la actividad comercial para la prevención de pérdidas patrimoniales, apareciendo en el derecho romano la creación del Contrato de Préstamo a la Gruesa, que observaba el pago de intereses. Sin embargo, al establecerse el pago de intereses en este tipo de contratos (por el decreto del Papa Gregorio IX), veremos cómo se obligó a los comerciantes a replantear la forma de hacer negocios que tuvieran como finalidad la prevención de pérdidas, favoreciendo con ello las condiciones que hicieron posible el surgimiento del Contrato de Seguro, cuya estructura conocemos ahora. Al final de este capítulo, se distingue la forma en que se fue dando la evolución jurídica en la materia en todo el mundo.

En el segundo capítulo, se aborda el campo de la legislación mercantil, desde las primeras hasta las actuales disposiciones que han normado a las compañías de seguros en México; especificando en aquellas Instituciones encargadas de autorizar y reglamentar las actividades de las aseguradoras, hasta a aquellas instituciones administrativas que se encargan de conciliar las controversias que se suscitan entre el asegurado y la compañía de seguros.

El Contrato de Seguro se analiza en el capítulo tercero. Primero, se da la definición del concepto de seguro, enseguida la forma en que se exterioriza la manifestación del consentimiento y el objeto al que se dirige ese consentimiento en este tipo de contratos, así como cada una de las partes que integran al Contrato de Seguro; igualmente, se hace un análisis

de las diferentes formas en que el seguro se contrata, y finalmente se analiza su clasificación y la forma como se perfecciona el Contrato de Seguro.

En el cuarto capítulo, de manera muy general, se hace una explicación del contenido de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo, de las coberturas que ordinariamente en éste tipo de pólizas se contratan, el tipo de exclusiones que se emplean, asimismo, la forma como el asegurado requiere la atención médica y hospitalaria de la Institución de seguros, o en su caso, el reembolso de gastos médicos que el asegurado tuvo que erogar. De hecho, éstas son las principales disposiciones que vienen a conformar las Condiciones Generales de toda Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo, tal y como en este ramo lo manejan cotidianamente las compañías aseguradoras.

Por otra parte, se hace una revisión de los principales argumentos que las compañías de seguros tienen en las pólizas de seguro para referirse a los llamados **padecimientos preexistentes**, los razonamientos por los que dichos padecimientos se excluyen de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo, así como la opinión que el Tribunal Colegiado tiene respecto de **la procedencia de pago** en estos casos.

En el quinto capítulo, se analiza la forma como el Área de Siniestros de la compañía de seguros **determina la improcedencia de reclamaciones de pagos de gastos médicos** que los asegurados les requieren, como consecuencia de la atención médica y hospitalaria que éstos recibieron. Asimismo, se señalan los razonamientos que las empresas aseguradoras ordinariamente emplean en la Unidad Especializada de atención a Usuarios para **confirmar la improcedencia** de las reclamaciones, o en su caso, la manera en que la compañía negocia con el reclamante al declararse **la aceptación de petición de pago**, debido a que el padecimiento se encuentre cubierto.

Finalmente, por una parte, se hace una revisión de la postura del asegurador al rechazar la reclamación, misma que éste mantiene en la etapa conciliatoria ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef); y por otra parte, se examina la manera en que se hacen exigibles las obligaciones pactadas en el Contrato de Seguro ante los tribunales competentes, que en su caso puede ser ante los Juzgados Civiles del Fuero Común Locales, o ante los Juzgados de Distrito del Fuero Federal.

CAPÍTULO 1

RESEÑA HISTÓRICA DEL SEGURO.

1.1. PRIMERA ETAPA: LAS PRIMERAS FORMAS PARA PREVENIR PÉRDIDAS.

1.1.1. EL RIESGO COMPARTIDO Y LA AYUDA MUTUA

Desde tiempos remotos, no obstante de encontrarse rodeado por una serie de **peligros**, el hombre, ser social por naturaleza, descubre en su vida cotidiana formas de agrupación social que le permiten afrontar esos peligros, pero no de manera aislada e independiente del conjunto de los sujetos con los que convive, sino por el contrario, enfrenta de forma congregada los riesgos que se le presentan durante su diario vivir. Y es precisamente que en esa convivencia diaria cuando los individuos hallaron en la familia, la horda o la tribu las primeras formas de **ayuda mutua**. Todos los integrantes de cada uno de esos grupos afrontaban el riesgo de cada uno de sus miembros, todos **asumían de forma voluntaria** los apuros que amenazaban a cada uno, por lo que entre todos se repartían las pérdidas, y por lo que el grupo se encargaba de resarcir los daños sufridos de cada uno de sus integrantes: la enfermedad de un familiar, o su muerte, la pérdida de alimentos o de sus viviendas eran compensadas con la participación de todos (**principio de cooperación**)¹. Con esto, las primeras agrupaciones humanas preveían la falta de un integrante de la familia, la escasez de alimentos, la pérdida material o de la salud.

A medida que la población de los distintas aldeas fue creciendo, que en ellas los individuos se fueron especializando en disímiles tareas, y conforme a que el comercio que se realizaba entre los diferentes pueblos se incrementó, fueron apareciendo nuevos riesgos como los accidentes de trabajo, las pérdidas en los cargamentos de mercancías que se transportaban, o daños que sufrían los propios medios de transporte. Es decir, que debido a las nuevas actividades de trabajo que fueron surgiendo, los individuos se encontraban ahora en cierta forma separados de su familia,

¹ John H. Magee, *General Insurance (Seguros Generales)*, Chicago, Impreso en México, Ed. Uteha, Tomo I, Traducción de la 2ª edición de Carlos Castillo, 1947, pp. 7-8.

y ésta ya no podía asumir las nuevas contingencias que se presentaban; por lo que en ese momento ese tipo de riesgos se transferían a **nuevas asociaciones de ayuda mutua** que se fueron instituyendo, cuyo principal objetivo fue crear un fondo suficiente para desagraviar las pérdidas que se producían por la nueva situación en que se encontraban las personas², como a continuación veremos.

A) BABILONIA.

En el antiguo reino de Mesopotamia, encontramos como antecedente el “**Código de Hammurabi**”, auspiciado por el rey del mismo nombre, de la Ciudad de Babilonia. El código, se conformaba por una compilación de leyes y edictos, por los que se ordenaba a los individuos a asociarse para afrontar conjuntamente las contingencias de las que eran agobiados; además, dicho código, es considerado, como el primer ordenamiento jurídico conocido por la humanidad. En éste, ya se advertían los riesgos que afectaban a los trabajadores, y en mayor medida aquellos que perjudicaban a los comerciantes, así como las **retribuciones** que les correspondían efectuar a las nuevas organizaciones, y que se enumeran de la siguiente forma:

- 1.- Si un trabajador quedaba incapacitado debido a algún accidente de trabajo, la asociación se obligaba a cubrirle una indemnización;

- 2.- Si un comerciante al emprender una caravana en el desierto, o un viaje comercial, perdía los medios de transporte, por ejemplo, un asno o una nave, o bien, si las mercancías que eran transportadas sufrían algún daño, entonces las pérdidas causadas eran compartidas por la mutualidad; y,

² *John H. Magee, Op. Cit., pp. 8-9.*

3.- Si un navío había sido destruido por una tempestad, era sustituido por otro, participando todos los asociados en la construcción de la nueva embarcación³.

Es decir, que el Código de Hammurabi a la vez que ordenaba a los individuos a asociarse para formar organizaciones de asistencia mutua, establecía la creación de un fondo económico con el fin de contar con capacidad para la reparación de pérdidas que ahora sus actividades laboral y comercial les ocasionaban, situación que, por un lado, implicaba que los asociados estuvieran obligados a compartir el riesgo, del trabajador o del comerciante, y por otro, el deber que tenían de proporcionar la asistencia mutua.

B) LA INDIA.

En la India aparecieron **Los Veda**, una colección de escritos sagrados que datan del siglo III a. de C.; dichos escritos contienen bastante información sobre las costumbres sociales, las creencias religiosas y los logros culturales.

Por lo que respecta a la prevención de **infortunios**, así como de la asistencia en la reparación de pérdidas, los Veda establecían que la ayuda mutua debería de proporcionarse de **forma obligatoria**, ya no de manera voluntaria; por ejemplo, en caso de que un individuo quedara incapacitado por un accidente de viaje o por motivos de trabajo, los familiares estaban obligados a sostener al afectado, como a la esposa e hijos de éste.

C) EGIPTO.

En Egipto, topamos ya con una idea de **prevención**, que en este caso es prevención de alimentos. En el Génesis, libro integrante de la Biblia, se encuentra registrado cómo ante la contingencia del hambre en Egipto, se

³ Ariel Fernández Dirube, *El Seguro, Su Estructura y Función económica*, Buenos Aires, Editorial Schapire, 1996, p. 22.

pudo evitar la catástrofe, tomando acciones anticipadas para ello. En el famoso sueño, el Faraón vio primero siete vacas gordas, enseguida vio siete vacas flacas que devoraban a las siete vacas gordas. Cuando fue requerido para explicar dicho sueño, José pronosticó siete años de hambre que seguirían a siete años de abundancia. Según la historia, José sugirió almacenar alimentos durante los siete años de prosperidad, para que los egipcios hambrientos pudieran comer durante los siete años siguientes. Tales **abastecimientos** fueron el seguro de protección de la gente contra el peligro del hambre, resultado de las malas cosechas⁴.

Por otra parte, tenemos que en Egipto también se fueron conformando asociaciones de ayuda mutua, cuyo fin era auxiliar particularmente a sus socios **en los ritos funerarios**. Es decir, que en caso de fallecimiento de un afiliado, sus familiares recibían la ayuda de parte de dichas asociaciones conocidas como **legados cooperativos**.

D) CHINA.

Durante la dinastía Shang, nobleza hereditaria que gobernó la antigua China durante los años de 1766 a 1027 a. de C., los mercaderes a menudo se arruinaban perdiendo embarcaciones y cargamentos en las rápidas aguas del Río Yangtzé. Trabajando de manera conjunta crearon un sistema para reducir el riesgo por pérdida total. Los comerciantes chinos decidieron repartir sus cargamentos entre todos. De esta forma **compartían el riesgo** perdiendo una sola embarcación, por lo que si alguna de ellas se hundía ninguno arriesgaba su ruina total.

E) GRECIA.

La pequeña isla de Rodas, en el Mar Egeo, era una verdadera potencia naval en aquel entonces, fue centro activo de comercio marítimo,

⁴ Moisés, *El Éxodo*, (Libro Canónico de la Biblia). Traducción directa de los textos originales: hebreo, arameo y griego, Ed. Sociedades Bíblicas Unidas, ilustraciones y mapas, México, 1966, pp. 38-39.

así como centro de elaboración de un derecho marítimo que dominó el Mediterráneo. Debido a estas causas, se creó una ley que dio lugar a una nueva clase de protección; ya que la mayoría de la población se componía de navegantes, los que durante sus frecuentes viajes tenían la probabilidad de perder sus barcos y cargamentos en el mar. Alrededor del año 900 antes de Cristo, por **la Ley Marítima de Rodas**, se solicitó a todos los propietarios de embarcaciones el pago de pequeñas cantidades de dinero para crear un **fondo común** con el cual poder ayudar a compensar a aquel propietario que perdiese tanto el cargamento como el propio barco. Esta ley dio tan buen resultado que posteriormente, alrededor del año 533 a. de C. fue incluida dentro del derecho romano. Asimismo, se puede decir que la Ley de Rodas constituye el antecedente directo del Derecho Marítimo Mercantil⁵.

También encontramos que los griegos tenían una asociación llamada **Eranoi** o **Thiasoi** surgidas en el siglo III a. de C., que mediante la **contribución de los miembros** de cada gremio, fueron creando un **fondo común**, con el objeto de asistir a los socios necesitados.

F) ROMA.

En el derecho romano encontramos a las **Collegia Tenuiorum**, por las cuales la gente más humilde como los artesanos, buscaba asociarse mediante el pago de una **cuota de entrada y prima mensual**, cotizadas por los asociados con el fin de obtener un **beneficio** al momento de su fallecimiento; por lo que en caso de fallecimiento de un afiliado tales asociados se obligaban a abonar a los deudos una cantidad determinada para su sepultura **Funeraticia** o indemnización⁶. El fondo que se constituía para el pago de indemnizaciones, era creado mediante las aportaciones del Estado, de los mutualistas, así como por las herencias dejadas por los asociados muertos.

⁵ Ariel Fernández Dirube, *Op. Cit.*, p. 23.

Las **societas omnium bonorum**, en este tipo de entidad cada uno de sus coligados **comprometían su patrimonio** en beneficio de sus socios, por lo que en caso de que alguno de sus miembros se quedara en la ruina, la asociación estaba obligada a auxiliarlo, ya que las **deudas** de los afiliados se convertían en **carga común**⁷.

La **Collegia Militum**, ésta estaba destinada a **ayudar financieramente** a los soldados romanos que sufrían el traslado de guarnición, es decir, para cubrir los **gastos** que este hecho les causaba.

Por otra parte, los militares se beneficiaron de otra clase de **mutualidad**; cuando un ejército obtenía una victoria se le pagaba dinero, pero parte de esa paga le era retenida por el Estado, con el fin de que si ellos dejaban el ejército pudieran tener **fondos** para iniciar una vida diferente; o bien si morían en batalla, sus familias tuvieran algún capital para vivir.

1.2. SEGUNDA ETAPA: ANTECEDENTES DEL CONTRATO DE SEGURO.

1.2.1. EL FAENUS NAUTICUM (PRÉSTAMO A LA GRUESA O PRÉSTAMO MARÍTIMO).

Dentro del derecho romano tenemos el **faenus nauticum**, transacción que constituirá la base del contrato de seguro marítimo.

El **Faenus Nauticum**, mejor conocido como contrato de **préstamo a la gruesa** (caso especial del mutuo), se constituía cuando el propietario de un barco (o de la carga) que realizaba viaje por mar, buscaba protegerse de los **riesgos**, para lo cual solicitaba un **préstamo**, y si llegaba al punto de destino con feliz arribo, se veía obligado a entregar al prestador el dinero

⁶ Lilitana González Varela, *El Contrato de Seguro y su Perfeccionamiento*, México, Editado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Vicepresidencia de Desarrollo, Dirección General de Desarrollo de Investigación (Serie: Documentos de Trabajo), p.8.

⁷ Eugène Petit, *Tratado Elemental de Derecho Romano*, México, Ed. Época, S.A., Traducido de la 9ª edición francesa y aumentado con notas originales por José Fernández González, 1977, p. 407.

prestado, **más altos intereses**; cabe agregar que dichos intereses podían exceder del máximo establecido, que en aquel entonces consistía en el doce por ciento anual⁸. Sin embargo, si el dueño naufragaba, tenía **derecho a quedarse con el préstamo**, mismo que el **mutualista** perdía, con sus correspondientes intereses.

Como se señaló, en caso de naufragar, el dueño del buque, o de las mercancías, tenía el derecho a retener el dinero prestado, lo que equivalía a ser **indemnizado de su pérdida**. Por lo que se puede decir, hasta cierto punto, que el préstamo a la gruesa operaba exactamente a la inversa de como hoy lo hace el seguro: en el seguro, primero se paga una prima, y después del siniestro se indemniza; y en el préstamo a la gruesa primero se entregaba el dinero que fungía como indemnización, y después se realizaba el pago del riesgo, que serían los intereses que se entregaban al **prestamista**. Como es de conocimiento general en la materia, en nuestros días no es necesario que **el pago de la prima** se haya realizado durante el llamado “período de gracia” para que la empresa aseguradora se obligue a resarcir el daño, o a pagar la suma asegurada contratada, en caso de realizarse la eventualidad prevista en el contrato.

La idea del contrato de préstamo a la gruesa empieza a depurarse a lo largo de la Edad Media, y de éste surgirá el **contrato de seguro marítimo**, tal como lo conocemos en la actualidad; no obstante que, tanto el pago de intereses (**la prima**), como el préstamo solicitado (el pago de **la indemnización**) tuvieron que sufrir una serie de modificaciones, antes de alcanzar su pleno desarrollo, hasta llegar a la forma que ahora se utilizan.

1.2.2. EL DECRETO DEL PAPA GREGORIO IX.

El pago de intereses establecido en los contratos de **préstamo a la gruesa**, se modificó cuando en el año de 1234, el Papa Gregorio IX decretó **su prohibición**, lo que obligó en aquel momento a que los comerciantes se

⁸ Guillermo Floris Margadant S., *El Derecho Romano Privado*, México, Ed. Esfinge, 13ª edición, 1985, p. 389.

esforzasen por elaborar nuevas formas de contratación, en las cuales **la transferencia del riesgo** se hiciera del modo más opuesto posible al que venía acordándose en los contratos marítimos.

Fue entonces que surgió un contrato por el que una **persona asumía el riesgo** a cambio de la retribución de un “**premio**”, mismo que se **recompensaba** independientemente de que el riesgo sucediera o no; esto significó que los pagos por riesgo en la transportación marítima ya no se encontrarán sujetos a condición alguna, y por lo tanto, ahora el acreedor ya no era más un prestamista, sino un contratante al que: primero se le transfería un riesgo; segundo, por este hecho recibía un “premio”; y finalmente se **obligaba a pagar una suma de dinero**, en caso de que se generaran **pérdidas** en la travesía por mar.

Asimismo, para robustecer los nuevos contratos, se convenía que la obligación del garante fuera encubierta bajo la forma de un contrato de compra. Aquél decía comprar al dueño los objetos que se trataban de proteger contra las **contingencias**, y por lo tanto, se reconocía deudor del precio estipulado, estableciéndose que el contrato sería nulo si esos objetos llegaban sanos y salvos al punto del destino. Es decir, que la **indemnización** pactada revestía en el contrato la forma de precio. El pago de la indemnización después del riesgo, se estipulaba condicionando la entrega de la cantidad negociada hasta el momento de producirse el daño⁹.

1.2.3 LOS PRIMEROS CONTRATOS DE SEGURO MARÍTIMO.

En esta etapa histórica vemos cómo el creciente comercio y el deseo de especular de los grandes comerciantes, son la base para el desarrollo del contrato de seguro, ya que se hacen más evidentes los **riesgos** del transporte marítimo y terrestre.

⁹ *Liliana González Varela, Op. Cit., pp. 9-11.*

Siendo usual en esa época, realizar **por escrito el registro de los contratos** en un documento; por lo que tenemos que **el contrato de seguro marítimo más antiguo** es aquel que aparece en Italia en el año de **1347, suscrito en Génova**.

Los primeros contratos eran muy simples, pero posteriormente los corredores italianos comenzaron a elaborar **pólizas** de gran complejidad, teniendo en su contenido ya un **término de vigencia**, así como el **pago de la prima** acordada a cargo del asegurado. Estos contratos recogían las prácticas y usos de aquel entonces, los que se iban haciendo uniformes para una misma localidad.

Tras el rápido acontecer de la vida comercial, así como debido al surgimiento de nuevos cuerpos normativos comenzó a darse una lenta evolución jurídica en los contratos de seguro marítimo. Según algunos estudiosos en la materia, la ley más antigua que se conoce es la de Génova de 1369, no obstante que para otros, la primera disposición que reguló de manera sustancial el seguro fue el capítulo "**De assecuramentis contra contenta in presenti regula non faciendis**" contenido en las **Reglas del Ufficio de Mercanzia** de Génova, del año de 1383 aproximadamente¹⁰.

En Italia surgen diversos estatutos marítimos, pero los alcances de éstos fueron limitados, pues la principal preocupación de tales reglamentos era frenar los abusos que se realizaban en el ejercicio de esa actividad. Son las **Ordenanzas de Barcelona**, en España, el primer código general del derecho del seguro marítimo, en el que se encuentra un examen de casi todos los elementos jurídicos del contrato.

La primera Ordenanza de 1435, establecía que el seguro debía pactarse mediante **carta o escritura** en la que se hacía constar el **pago del premio de seguro**; además indicaba la entrada en vigor del contrato, por lo

¹⁰ *Liliana González Varela, Op. Cit., pp. 11-12.*

que se puede decir que el contrato era formal y quedaba sujeto a la **condición suspensiva del pago**.

Para dar más formalidad al contrato de seguro marítimo, en 1458 se establece la obligación de los contratantes para consignar el **contrato ante escribano público**, asimismo queda prohibido elaborar una póliza u otro documento de tipo privado, ya que si así ocurriera, se produciría la nulidad de lo estipulado.

En Francia aparecen dos compilaciones de gran importancia, que a saber son el **Guidon de la Mer** de 1681¹¹, que constituye una colección de carácter consuetudinario, recogiendo los usos y costumbres especialmente del contrato de seguro, y la **Ordenanza de la Marina**, éstas últimas fueron impuestas bajo el reinado de Luis XIV, para lo cual se tomaron en consideración las opiniones de los hombres más preparados de la época, e incluso tuvo gran influencia en el código napoleónico de 1807.

1.3.2. EL CONTRATO DE SEGURO CONTRA INCENDIOS, VIDA Y DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

Para la segunda mitad del siglo XVII, el contrato de seguro marítimo está ya perfectamente confeccionado, y esto viene a dar pauta al desarrollo del seguro contra incendio, así como de la empresa aseguradora.

Para ese entonces, **las primas eran determinadas por la influencia de la oferta y la demanda**, y no por el conocimiento del seguro; asimismo los fondos necesarios para pagar los siniestros no se podían determinar de manera anticipada.

Bajo este esquema los asegurados siempre corrían el peligro de la insolvencia de los aseguradores, situación que no obstante de poner en graves conflictos al comercio, hacía que los comerciantes buscaran

¹¹ Ariel Fernández Dirube, *Op. Cit.*, pp. 23-24.

finalmente **el resarcimiento de daños y no la quiebra del asegurador**, y junto con ello la del asegurado, por lo que la práctica del seguro comienza a establecerse como negocio de verdaderas compañías aseguradoras.

Es Londres la ciudad que dio un gran impulso al seguro en ese sentido. Primero, porque a consecuencia de los lamentables acontecimientos que trajo el conocido **incendio de 1666** en esa ciudad, que destruyó 13,200 casas y 90 iglesias, se creó la celebre aseguradora “Great Fire”, la “Fire Office.” y la “Friendly Society”, con lo cual nace el seguro en ese ramo.

De igual forma, en esa ciudad, para 1686 Eduard Lloyd, notable empresario abre un café llamado Lloyd’s de Londres, concurrida por marinos, prestamistas y comerciantes, y que se constituye como una asociación de aseguradores individuales.

Finalmente, Londres, es el lugar donde surge **la empresa aseguradora** en sentido moderno, tanto desarrollada **en su forma mutualista como en la forma de seguro a prima fija**, formada como una sociedad por acciones, e iniciada primeramente por las compañías coloniales holandesas. Estos dos tipos de sociedades perfeccionan su organización, así como los principios técnicos, apoyándose en **las primeras tablas de siniestralidad**.

Estos avances que encontramos en Inglaterra pronto los vemos brotar en el resto de la Europa continental. En Florencia, Italia, se dictan los “**Estatutos**”, **en materia de seguro contra incendios**. En Francia una vez que termina la revolución, los seguros marítimos vuelven a cobrar amplio desarrollo, y son incluidos en el Código de Comercio de Napoleón.

A) SEGURO DE VIDA. De igual forma, **las primeras pólizas del seguro de vida** se extendieron en Londres, Inglaterra, en The Royal Exchange, formada ésta por comisionistas. Siendo emitida la primera póliza en este ramo en el año de 1583, en esa Ciudad de Londres, la

cual **amparaba la vida de William Gybbons**, por la cantidad de 383 libras con vigencia por un año, y contra el pago de una prima del 8%, recibida por los underwriters, que suscribían el documento en coaseguro¹².

En 1634, Blas Pascal, famoso matemático de su tiempo, da lugar al nacimiento del cálculo de probabilidades, así como a la teoría de los grandes números. En Inglaterra, Edmund Halley elabora **la primera tabla de mortalidad**, técnicamente constituida.

En 1755, nace la primera compañía de seguros de vida que se incorpora al mercado operando sobre bases técnico-matemáticas firmes. Se trata de la empresa londinense The Equitable Society for Assurance on lives and Survivorships, cuyos planes se fundaban en los registros de mortalidad ingleses y calculaba sus tarifas por grupos de edades, en un interés técnico del 3%.

En la segunda mitad del Siglo XIX existe un movimiento codificador del derecho mercantil. **El Código de Comercio Holandés** de 1838, es el **primero que regula el seguro** aunque someramente el seguro de vida; no obstante que deja las condiciones del contrato a la voluntad de las partes.

Pero no fue sino hasta 1874 **en Bélgica**, cuando el 11 de junio se promulgó una **ley que codificó el derecho privado de seguros**, cuya publicación coincidió con un momento donde tienen gran fuerza **las doctrinas del liberalismo puro**, por lo que dicha ley se limita a establecer un mínimo de normas que restringen la libertad de las partes; siendo esa la razón por la que no se observan normas de carácter imperativo o prohibitivo.

La ley belga junto con el Código de Comercio Húngaro de 1875, constituyen las primeras manifestaciones europeas en agrupar las leyes del contrato de seguro. Posteriormente, en 1882 tenemos el Código de

¹² Ariel Fernández Dirube, *Op. Cit.*, p. 25.

Comercio italiano que también va en ese sentido de regular el seguro. Estas codificaciones contienen prácticamente las principales condiciones de la póliza, que recogían las **prácticas consuetudinarias**; luego entonces, el empirismo de éstas se traslada a las legislaciones locales. Por otro lado, el espíritu liberal de la época estableció que la mayoría de los preceptos fueran de carácter dispositivo, motivo por el que al celebrarse un contrato, tanto el asegurado como el asegurador se consideraban en **igualdad de circunstancias**.

El siglo XX se caracteriza por un gran desarrollo económico, el surgimiento de nuevas ramas del seguro, así como la tendencia codificadora iniciada por los países del centro de Europa.

B) LA CODIFICACIÓN DE LAS LEYES SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO. La **Ley Federal Suiza Sobre el Contrato de Seguro** del 2 de abril de 1908, representa un avance en el derecho de seguros privados, ya que ha servido de **paradigma** para toda la legislación posterior del contrato de seguro. Esta ley contiene normas **imperativas, inderogables**, y otras que pueden ser modificadas por el acuerdo de las partes cuando éstas contengan un perjuicio para el asegurado o para los beneficiarios.

En 1917, aparece la **ley austriaca** del contrato de seguro, que bajo la influencia alemana, establece un criterio de triple división (**daños, vida y accidentes**).

La **ley francesa** se promulga el 13 de julio de 1930, siendo un cuerpo normativo **casi en su totalidad de orden público**, con un articulado que en su mayoría es imperativo. Fundamentalmente esta ley tiende a la protección de los asegurados y beneficiarios, así como también a las terceras personas a quienes puede beneficiar el contrato de seguro. Sin embargo, quedan fuera de su regulación el seguro de crédito así como reaseguro y los seguros marítimos.

Como podemos observar, la característica principal de **la codificación de este siglo es la base sistemática** con la que cuentan los ordenamientos jurídicos es esta materia, que en una parte comprende los aspectos generales, con **disposiciones de carácter común**, continuando con una sección dedicada a daños, vida y accidentes, que la ley considera frecuentemente con **normas especiales para cada ramo**.

En **México** se dicta la **Ley Sobre el Contrato de Seguro de 1935**, la cual muestra influencia de las ley suiza de 1908, la francesa de 1930, y del Proyecto Italiano Mossa de 1931.

En 1942 el Código italiano, con un criterio distintivo al del resto de las leyes que regulan el contrato de seguro, se limita a dar normas generales de tipo contractual.

De acuerdo con la información que se poseen, **la primera póliza de seguro de automóvil** formalizada **en los Estados Unidos** lo fue el 2 de junio de 1902 por la **Boston Insurance Company**. En aquella época, la palabra automóvil era tan nueva que todavía no aparecía en las leyes y, por lo tanto, no había ninguna autorización específica para la formalización del seguro de automóvil. La póliza se emitió en una forma de contrato de seguro marítimo, y la acción de la compañía fue sostenida por el Procurador General de Massachussets quien, interpretando la ley entonces existente sostuvo que el seguro de automóviles era un seguro marítimo.

C) EVOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES. Con el auge industrial que se dio en Europa a principios del siglo XIX, se crearon numerosas compañías aseguradoras dedicadas a operar industrialmente; de igual forma, en Estados Unidos se originó un proceso similar. Esto permitió, en ambas partes del mundo, el desarrollo de diversos seguros como el

de vida, incendio, **accidentes**, calderas y cristales, así como el seguro contra **enfermedades**¹³.

Los primeros seguros de tipo comercial que aparecieron en 1850 y que cubrían enfermedades, fueron aquellos que se crearon contra accidentes industriales que afectaban la salud. Este tipo de seguros estaban catalogados como **seguros de “contingencias”**¹⁴. Por otro lado, encontramos que originalmente las enfermedades que se cubrían al amparo de la **Póliza de Seguro de Salud**, no sólo tenían como fin indemnizar los gastos por la atención médica y hospitalaria recibidos (como ahora ocurre), sino que además la compañía de seguros se obligaba a pagar el periodo de tiempo “perdido”, por la convalecencia.

Ya para el siglo XX, la sociedad norteamericana se distinguió por dar un impulso a “altos niveles masivos de consumo”. En dicho periodo, se registra la máxima expansión del seguro en volúmenes de bienes asegurados y en variedad de coberturas otorgadas, pues paralelamente al nacimiento de cada nuevo riesgo como consecuencia de la evolución tecnológica o económica, el seguro fue ofreciendo la posibilidad de su cobertura. Todo esto vino a repercutir en las **Póliza de Seguro de Accidentes** y la **Póliza de Seguro de Salud**, que generalmente se contrataban en las industrias.

De las innovaciones más importantes que se dieron en la **Póliza de Accidentes** fue el surgimiento de la **cobertura de Gastos Médicos**,¹⁵ por la que se podía contratar protección completa (cobertura amplia) mediante una “cláusula general”, y por la que se establecía que para el caso de requerir tratamiento médico, éste debería proporcionarse exclusivamente dentro del límite de tiempo establecido por la propia póliza. **El tratamiento comprendía:** atención médica, hospitalaria, intervención quirúrgica, o atención de una enfermera titulada. Asimismo, la compañía se obligaba a

¹³ Ariel Fernández Dirube, *Op. Cit.*, pp. 28-32.

¹⁴ “Aceptando que la contingencia signifique accidente; esto es: una desgracia procedente de una causa desconocida o inesperada”, John H. Magee, *Op. Cit.*, pp. 31-32.

pagar, además de cualquier otra indemnización a la que tenía derecho el asegurado, el gasto efectivo del tratamiento hasta agotar la suma asegurada contratada.

Esta forma de protección surgió después de observarse que en las **lesiones graves**, se requería de una atención médica más completa; ya que las pólizas de cobertura limitada proporcionaban una inadecuada atención. Sin embargo, la “**cláusula general**” suponía una percepción protegida por el seguro, para enfrentar las irrupciones por servicios médicos y atención hospitalaria, evitando con ello un rápido agotamiento de los recursos para solventar los gastos.

No obstante que la **protección limitada** permitía salvaguardar los gastos médicos básicos, es decir, gastos tales como atención de cirujano, anestesista, enfermera, y medicamentos¹⁶, y hasta el 50% de indemnización semanal, no proporcionaba una completa confianza por su contratación.

Mientras que la **Póliza de Salud**, especificaba la indemnización por pérdidas que resultaran de una enfermedad o padecimiento orgánico. Es decir que, si surgía una incapacidad a consecuencia de un accidente o una enfermedad, los pagos debían continuar, además del tratamiento médico proporcionado¹⁷.

En esta póliza encontramos que en caso de que el beneficiado adquiriera una enfermedad cubierta por la póliza, y que por esa razón requiriera de una operación, la **cobertura de Indemnización Quirúrgica** quedaba afectada, misma por la que se suministraba una indemnización adicional. De hecho, en la póliza se establecía una tabla de importes, debiéndose pagar por tal indemnización adicional, el que así resultara indicado.

¹⁵ *Ibidem*, p. 631.

¹⁶ *John H. Magee, Op. Cit.*, p.651.

¹⁷ *John H. Magee, Ibidem.*, pp. 653-654.

También, dentro de este tipo de seguros, se encontraba **protegida la provisión para gastos de hospital**, su importe se pagaba sobre la base de un aumento en la indemnización semanal especificada en la misma póliza. Asimismo, se establecía una indemnización adicional de 50% por el periodo de confinamiento en el hospital, el que se encontraba limitado a veinte semanas. Las **enfermedades** sujetas a un periodo corto de tiempo, se encontraban **excluidas**; mientras que aquellas de largo tiempo de duración y de cuidados y tratamientos caros eran **indemnizadas** de plano.

Tanto en la póliza de accidentes como en la de salud, encontramos riesgos no asegurables, así como los denominados **riesgos prohibidos**; si las compañías de seguros determinaban que por alguna razón la salud del solicitante no era satisfactoria, entonces el riesgo no era asegurable, esto resultaba del análisis que se hacía de la solicitud o del examen médico elaborados por el proponente. Mientras que ciertas **afecciones** regularmente eran rechazadas por considerarlas **de mayor "gravedad"**, a tal grado que eran considerados como prohibidas, de las que se encontraban: angina de pecho, apoplejía, arteriosclerosis, pérdida de la vista en ambos ojos, enfermedades cerebrales, cáncer, diabetes, epilepsia, enfermedades del corazón, entre otros.

Finalmente, cabe agregar que a partir de **los últimos 30 años**, se **incrementó en nuestro país** el número de **familias nucleares**, de las que tan sólo una mínima parte, (la que pertenece a **la clase alta** por supuesto), ha contado con recursos para tener acceso a una **atención médica y hospitalaria de alta calidad**, o sea, al uso de tecnologías de punta en el tratamiento de enfermedades, disposición de medicamentos poco accesibles por su alto costo, vigilancia médica suministrada por especialistas, entre otras cosas.

No obstante que la **clase media** en un momento dado, también ha podido atenderse algún padecimiento en Hospitales de prestigio; muchas de las ocasiones su única alternativa de ingreso a esas instituciones privadas, es por medio de un contrato de seguro, es decir, a través de la contratación

de una **Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores**, que les ha permitido enfrentar los riesgos cubiertos sin afectar su situación económica, que en el mejor de los casos es su principal, o quizás su única opción ante la actual realidad que vivimos en México. De hecho, ese es el motivo por el que hoy para muchas personas el seguro privado es un artículo de primera necesidad.

Y por lo que respecta a la mayor parte de **la población en México**, ésta atiende sus padecimientos básicamente en las **Instituciones de Seguridad Social** (IMSS, ISSSTE, Pemex, la Secretaría de Salud, el Seguro Popular y los organismos de salud pública estatales).

D) EL SEGURO DE GRUPO DE ACCIDENTES Y DE SALUD. En forma general, este tipo de pólizas eran emitidas por las compañías de seguros en los Estados Unidos, para **cubrir como grupo a todos los miembros de una organización**. En particular, el fin de la póliza de grupo de accidentes y de salud, pretendía ir más allá de los límites permitidos por la póliza de accidentes, ya que ésta sólo cubría protección al trabajador durante el tiempo en que se encontraba trabajando. De hecho, se ofrecía una gran variedad de pólizas de grupo de accidente y de salud, cada una de ellas destinada a satisfacer las necesidades de una organización particular o de un grupo de trabajadores.

La prima era pagada por el patrono, misma que era cobrada al asegurado en forma de una **deducción del sueldo o salario**, o podía convenir la **división de su costo entre el patrono y el empleado**.

El procedimiento de **emisión** de la póliza de grupo, requería que primero se **expidiera una póliza maestra para el patrón**, acompañada de **un certificado para cada empleado** como constancia de protección de seguro. Posteriormente, se realizaba una **inspección de la planta** o de la organización, para que finalmente otorgar el seguro.

No obstante, lo anterior la póliza de grupo se formalizaba para cubrir únicamente pérdida de tiempo causada por lesiones o enfermedades no profesionales. Usualmente la póliza de grupo **se contrataba para grupos de cincuenta o más empleados**, exigiéndose que participaran en el plan por lo menos un **75 por ciento de todos los empleados** admisibles al grupo. También se formalizaban seguros para grupos de menos de cincuenta empleados, pero, en tales casos, se acostumbraba exigir un aumento en el cargo de la prima. Asimismo, cuando se trataba de “industrias peligrosas” también significaba un aumento en el pago de la prima.

E) LA COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN EN EL SEGURO DE GRUPO DE ACCIDENTES Y DE SALUD. La cobertura de hospitalización dentro de la póliza de grupo de accidentes y de salud, se convirtió en un asunto de amplio interés público, después de haberse organizado, sin ánimo de lucro, la organización de algunas **asociaciones hospitalarias voluntarias**. En diciembre de 1929, el Baylor University Hospital, en Dallas, Texas, formalizó un convenio con mil quinientos maestros de escuela, cada uno de los cuales era miembro de una sociedad benéfica, por cuyo convenio se proporcionaban asistencia durante el periodo de enfermedad, contra el pago de \$3.00 (TRES DOLARES 00/100 USD) semestralmente por miembro. El plan llamó la atención de todos los Estados Unidos, lo que trajo como consecuencia un sorprendente desarrollo de las asociaciones hospitalarias no comerciales.

De hecho, las compañías de seguros de vida comprendieron la importancia que pudiera tener el cuidado hospitalario de grupo **dentro de los planes de seguro de vida**, por lo que comenzaron a contemplar a éstos como parte de los beneficios de sus pólizas de vida de grupo. A diferencia de algunos planes fomentados por los hospitales, las compañías de seguro de vida proporcionaban el beneficio en efectivo de un importe aproximado al costo del cuidado del hospital, es decir, **la compañía pagaba directamente al hospital** por la atención médica que recibiera un miembro del grupo.

Por su parte, las compañías de seguro de accidente y de salud, reconociendo el continuo crecimiento de las asociaciones voluntarias de hospital, así como la necesidad de un seguro de hospitalización, decidieron ampliar sus coberturas para proporcionar esta nueva modalidad. Esto resultó en que las aseguradoras comenzaron a ofrecer una gran variedad de **formas de reembolso de gastos de hospitalización** que se podían contratar sobre una base **individual o** base de las formas **pólizas de grupo**. Si se trataba del seguro de grupo, las pólizas se formalizaban sobre una base no contributaria, en la que el patrono asumía todo el peso de la prima, o sobre una base contributaria que obligaba al empleado a pagar una parte o, en algunos casos, todo el costo. La forma de reembolso de hospitalización de grupo, se suscribía, como ya se ha dicho, en relación con el seguro de vida grupo y con el seguro de grupo de accidentes y de salud, pudiendo formalizarse también una forma de seguro separada e independiente. Cuando así ocurría, como en el caso de seguro de grupo de accidente y de salud, se exigía un grupo de por lo menos cincuenta empleados, excepto en los casos contributarios en que las reglas de suscripción exigían por lo menos cincuenta empleados o 75 por ciento de los admisibles, si este número es mayor de cincuenta. En la póliza de hospitalización de grupo, **no se exigía examen médico** del empleado asegurado, aunque de acuerdo con las formas contributarias, el empleado que dejaba de obtener la ventaja de la cobertura dentro del mes de ser admisible, usualmente estaba obligado a someterse, a su propia costa, a un examen médico.

CAPITULO II

REGULACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA.

2.1 LAS PRIMERAS DISPOSICIONES.

En la civilización Maya, que se extendió por toda la península de Yucatán, y algunas zonas de Belice, Guatemala, Honduras y El Salvador, encontramos en las actividades cotidianas de los individuos ya el uso de los principios de **ayuda mutua y de riesgo compartido**, hecho que ha prevalecido en diversas formas hasta nuestros días. Por ejemplo, de la venta de los excedentes de los productos que las comunidades obtenían, iban formando **un fondo de ahorro**, el que se utilizaba para aquellos momentos de verdadera necesidad para sus miembros que lo requirieran; así para compensar la pérdida del patrimonio, o para beneficiar a los integrantes de la comunidad cuando éstos eran abrumados por enfermedades, o por el fallecimiento de uno de ellos, la familia afectada recibía el **sustento de la colectividad**.

Durante la época de los Aztecas, se estableció **una prevención militar** contra las **lesiones** sufridas por los combatientes en campaña; el Rey Netzahualcóyotl, soberano chichimeca de Texcoco, cuidaba de aquellos de sus guerreros, que después de las batallas quedaban incapacitados o mutilados, e incluso extendía la ayuda a los familiares de éstos.

Finalmente, cabe hacer mención que el propio Netzahualcóyotl, practicaba una especie de **mutualidad** al entregar parte de sus rentas a los pobres¹⁸.

A) LAS ORDENANZAS DEL CONSULADO DE LA UNIVERSIDAD DE LOS MERCADERES DE LA NUEVA ESPAÑA. Durante la **Colonia**, la materia mercantil se encontraba regulada por las **Ordenanzas** del Consulado de la Universidad de los Mercaderes de

¹⁸ ING, *Manual de Capacitación y Desarrollo (Cédula A-1)*, Centro de Capacitación y Desarrollo, Fuerza de Ventas ING, Comercial América, México, s/a, p.3.

la Nueva España; los **Consulados** crearon sus propios procedimientos y tribunales, cuyas reglas fueron luego recopiladas en diferentes estatutos.

Los **Consulados** fueron utilizados para **resolver los conflictos** entre los mercaderes que comercializaban entre diversos reinos o internacionalmente. Como resultado de ese privilegio conferido por los Reyes Católicos, para tener jurisdicción sobre las diferencias y debates surgidos entre mercader y mercader, así como acerca de la trata de mercancías, el Consulado se convirtió en **Tribunal Consular**; dicho Tribunal se componía de un prior y dos cónsules, que eran legados por los mercaderes matriculados y no podían ser extranjeros. De igual forma, el tribunal, tenía un alguacil, quién se encargaba de ejecutar las decisiones. Asimismo, existía también un juez de apelación, el cual era considerado como una instancia autónoma y era designado por la autoridad real¹⁹. Por lo que en gratitud a ello el Tribunal, dispuso dentro de sus estatutos, dar apoyo a la realización de obras públicas (como fue la construcción puentes, caminos, hospitales, entre otros).

Ahora bien, las **Ordenanzas** del Consulado de la Universidad de los Mercaderes de la Nueva España, fueron ratificadas por el Rey Felipe III el 24 de julio de 1604. Y no obstante que se estableció que fueran las Ordenanzas de Sevilla las que reglamentaran la materia del seguro, fueron las **Ordenanzas** de Bilbao las que en la práctica rigieron las resoluciones del Consulado de la Nueva España.

En ese orden de ideas, se autorizaron los seguros terrestres, estableciendo las medidas reglamentarias para el transporte de mercancías y demás efectos; se prohibió el seguro sobre la vida humana, no obstante que los navegantes y pasajeros podían asegurar su libertad, mediante una cantidad destinada a pagar su rescate en caso de cautiverio.

¹⁹ *Liliana González Varela, Op. Cit., p. 16.*

Durante la vigencia de las **Ordenanzas**, se fundaron las dos primeras aseguradoras en la Nueva España. En 1789, nace la primera compañía de seguros marítimos con domicilio en el Puerto de Veracruz y, en 1802 otra denominada Seguros Marítimos de la Nueva España, con un capital inicial de 230 mil duros (moneda española de 5 pesetas); ambas compañías tuvieron que liquidarse por las condiciones adversas que se generaron por la guerra entre España e Inglaterra²⁰.

Una vez consumada la **Independencia**, la nueva nación mexicana, se encontraba tan ocupada en resolver los problemas de índole político, que no se dio en esos momentos un cuerpo de disposiciones que regulara la materia mercantil, por lo que todavía se conservaron las legislaciones que desde la época colonial venían regulando dicha materia. Sin embargo, para 1851 se establece en el territorio nacional la “Wattson Phillips y Cia. Successors, S.A.”, con oficinas en el Puerto de Veracruz; la Wattson era una compañía de seguros que tenía su matriz en Londres, Inglaterra, y una sucursal en Buenos Aires, Argentina. Su estancia en México fue hasta 1935, cuando transfirió su cartera a “El Mundo, Compañía Mexicana de Seguros”.

Finalmente, cabe mencionar que la aplicación de las **Ordenanzas** de Bilbao siguieron vigentes, hasta 1854, año en que se expidió el primer código de comercio.

2.1.1. EL CÓDIGO DE 1854. REGLAMENTACIÓN DEL SEGURO COMO CONTRATO DE DERECHO MERCANTIL.

Durante el gobierno de Antonio López de Santa Anna se dictó el Código de Lares, en consideración a su autor Teodosio Lares; entró en vigor el 16 de Mayo de 1854, y no obstante tener una vigencia efímera, fue adoptado durante el imperio de Maximiliano, así como por varios Estados de la Federación, en diversos periodos.

²⁰ Octavio G. de Jesús Sánchez Flores, *La Institución del Seguro en México*, México, Ed. Porrúa, 1ª edición 2000, pp. 4-5.

Debido a la época que le tocó salir a la vida jurídica, el Código de 1854 no pudo recibir el impulso de un régimen fuerte que pudiera garantizar la continuidad de su aplicación, razón por la que en tantas ocasiones fue derogado, y otras se puso en vigencia, sin que por ello se deje de decir que **fue el primero de su tipo en México**, y su aparición **marca la derogación de las Ordenanzas de Bilbao**, al menos en los lapsos en que estuvo en vigor.

A) INSPECCIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA AUTORIDAD BAJO EL CÓDIGO DE LARES DE 1854. El **Código Lares**, en una forma implícita se refiere a aspectos de la supervisión del seguro. En el Capítulo Veintidós, Inciso 1, no hace mención explícita respecto de la regulación de la actividad aseguradora por parte de alguna autoridad; sin embargo, cabe señalar al respecto que ya se menciona en dicho Código la “presencia de un **funcionario del gobierno encargado de autorizar contratos de seguros**”, tratándose **de los agentes consulares**. Dicha autorización se otorgaba con el fin de que se “**celebraran los contratos de seguros**” que los agentes consulares estaban autorizados para operar solamente en las plazas de comercio de sus respectivas residencias, pero **siempre que alguno de los contratantes fuera mexicano**. En este sentido, el Código señala que dichas pólizas tendrían igual fuerza que si se hubieren hecho con la intervención de un corredor en México.

Además, el Inciso 7 del mencionado Capítulo Veintidós, se refiere a disposiciones relacionadas con **aspectos de supervisión** respecto del seguro de navío, aparejo, aprestos y gastos hasta la salida del puerto. En este caso, el dueño del navío debía correr el riesgo de la quinta parte del valor de éste, sin que por motivo de convenio alguno pudiera alterarse esta reglamentación entre las partes, aunque renunciaran a ella, o quisieran ir en contra la misma. Así por ejemplo, si el valor del navío era de mil pesos, el riesgo del asegurador debía ser de ochocientos pesos y, el dueño del navío

correría con el riesgo de los doscientos restantes; hoy se hablaría de un deducible.²¹

B) AUTORIZACIÓN DE ESTATUTOS A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS. Durante el Imperio de Maximiliano de Habsburgo, se establecieron en el país varias compañías de seguros. Las autorizaciones otorgadas a las compañías de seguros para la realización de operaciones, disponían, por un lado, de una autorización para poder **ejercer la actividad aseguradora en el ramo que fuere**, y por otro, de una autorización a los estatutos de la compañía en los cuales se establecían reglas sobre el funcionamiento de la nueva empresa. Entre los artículos de los mencionados estatutos, había varios sobre la inspección y supervisión de la misma por parte de la autoridad competente.

La tarea emprendida por los funcionarios públicos encargados para otorgar la autorización, se facilitó con el **material que sobre la actividad aseguradora se usaba** desde hacía varias décadas **en Austria**, debido a las relaciones que Maximiliano guardaba con ese país. Con el tiempo varios de esos artículos, con algunas modificaciones, se irían integrando al lenguaje de la legislación mexicana sobre seguros.

C) SEGURO DE CONDUCCIÓN TERRESTRE. El Código de 1854 reglamentó el **seguro de transporte terrestre**, bajo el libro de comercio terrestre, en el Título VII, denominado “De los Seguros de Conducción Terrestre”. El seguro tenía un **carácter mercantil**, por lo que se debía celebrar por medio de un **comerciante**, y no necesariamente por un asegurador.

El nuevo ordenamiento prescribía que el contrato de seguro terrestre debía celebrarse por escrito, y mediante póliza; al mismo tiempo se establecía la existencia de **dos tipos de pólizas**: las **solemnes**, como

²¹ Antonio Minzoni Consorti, *Crónica de Dos Siglos del Seguro en México*, México, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 2005, pp. 9-10.

aquellas que se otorgaban ante escribano o corredor; y las **privadas**, que se convenían entre los contratantes, de las cuales dos ejemplares de un mismo tenor se tenían que extender, una para el asegurador y otro para el asegurado²².

Por otra parte, se disponía que la póliza de seguro terrestre debía contener el **tiempo, el lugar y la forma** en que se obligaba el asegurado a realizar el **pago de primas o premios**; asimismo, dejaba en libertad a los contratantes para fijar el **periodo de gracia** para efectuar el pago correspondiente.

Finalmente, cabe agregar que debido a que el Código de Lares no contenía ninguna disposición respecto al momento en que se **perfeccionaba el contrato de seguro**, por lo que tal perfeccionamiento estaba sujeto a la **entrega de la póliza, al pago de la prima**, o a ambas situaciones.

D) EL CONTRATO DE SEGURO MARÍTIMO EN EL CÓDIGO DE 1854. En la sección cuarta del Código de Comercio de 1854, intitulado “De los Contratos de Seguro Marítimo”, se contemplaron las disposiciones particulares para el **contrato de seguro de conducción marítima**. El contrato de seguro marítimo se podía dar por instrumento público, escritura privada o en póliza; sin embargo, un contrato de seguro marítimo resultaba **ineficaz**, cuando éste se daba de palabra, y no se podía admitir sobre de él acción en juicio.

2.1.2. EL CÓDIGO CIVIL DE 1870.

El Código Civil para el Distrito Federal y Territorio de la Baja California, fue aprobado por el Congreso Federal en 1870, pero entró en vigor hasta el 1º de Marzo de 1871; fue el primer ordenamiento legal mexicano que reglamentó el **contrato de seguro** en sí **dentro de la materia**

²² *Liliana González Varela, Op. Cit., p.20.*

civil. En dicho código de 1870, estaban regulados los ramos de vida, cosas raíces y muebles.

El **seguro de vida** fue el que más tiempo permaneció regulado por la materia civil, pues fue hasta que en el Código de Comercio de 1889 se incorporó al seguro como contrato mercantil.

No obstante que el contrato de seguro ahora se regulaba en el código civil, el **seguro marítimo** quedó fuera de éste ordenamiento; ya que no se encontraba regido por el código civil de 1870, sino por el código de comercio, ésto en razón de que al igual que en las legislaciones europeas, el seguro marítimo mantenía sus propias disposiciones, reglamentándose en el ámbito mercantil, y que por tradición en México se conservó dentro de la normatividad mercantil.

El código civil, instituyó en el contenido de la póliza de seguro, la determinación de su **vigencia**, con lo que se estipuló que ésta no podía darse de manera indefinida; de igual forma, instituyó la designación específica de los **bienes asegurados**, el precio y el monto de la **indemnización**.

Por lo que se refiere a la **autorización para realizar la actividad de asegurador**, se disponía que cualquier persona o compañía con capacidad legal para obligarse, podía fungir como tal, es decir, que aún no quedaba prescrito en la ley, que esa actividad debería ser exclusiva de empresas formalmente constituidas y debidamente autorizadas, ésto de acuerdo con lo que se disponía en el artículo 2844 del código de referencia en este apartado.

Respecto a la **prima** o precio del seguro, éste se fijaba libremente por las partes, mientras que se determinó que la forma de liquidación, se realizaría en un solo pago, o a plazos.

Si se presentaba la contingencia, y se había pactado que el pago de la prima se diera a plazos, entonces el asegurador podía descontar del monto total que se pagaría al asegurado, la cantidad que importaran las primas aun no abonadas. Y por lo que respecta al término para el pago de la prima, éste quedaba según de conformidad con lo pactado en el contrato de seguro, salvo sus excepciones, tal y como lo señalaba el artículo 1630, “El pago se hará en el tiempo designado en el contrato, exceptuando aquellos casos en que la ley permita o prevenga otra cosa”.

2.1.3. EL CÓDIGO DE COMERCIO DE 1884.

Con la **reforma que sufrió la Constitución de 1857**, el 14 de diciembre de 1883 se federalizó el derecho mercantil en México, y como resultado de dicha reforma el 15 de abril de 1884, se expidió el Código de Comercio; por lo que ahora en la fracción X del artículo 72 se otorgaba facultades al Congreso Federal para expedir códigos obligatorios de minería y de comercio en toda la República.

El código de comercio de 1884 fue el primero de carácter federal, además marca la **abrogación de las Ordenanzas de Bilbao**, que a diferencia del Código de Laredo únicamente las derogaba durante las etapas en que éste último se encontraba en vigor. Sin embargo, cabe aclarar que el nuevo código de comercio copió gran parte del código civil de 1870.

Es necesario hacer hincapié en el contenido del artículo 682, ya que dicho artículo prescribía la condición por la que el **contrato de seguro** sería considerado tanto en la **materia civil** como la **mercantil**: “El contrato de seguro es mercantil, si al estipularse se contienen estas dos circunstancias: que intervenga en calidad de asegurador un comerciante o compañía comercial que entre los dos ramos de su giro tenga el de seguros; y que el objeto de él sea la indemnización de los riesgos a que estén expuestas las mercancías o negociaciones comerciales”.

En ese orden de ideas, por ejemplo, el código de 1884, contemplaba los seguros terrestres, así como los marítimos; los primeros los reguló con casi todas las disposiciones que tomó del código civil de 1870. Sin embargo, el nuevo ordenamiento mercantil **no incluyó el seguro de vida**, ya que éste se mantuvo en la legislación civil.

La “nueva” reglamentación para la materia de seguros, fue insertada en el libro segundo, denominado “De las Operaciones de Comercio”, del Título Octavo “De los Seguros Mercantiles”.

También, en cuanto a la **definición del contrato de seguro**, se retomó poco más o menos el mismo contenido que tenía el código civil; ya que en su artículo 671 disponía que el “Contrato de seguro es aquel por el cual una de las partes se obliga mediante un precio, a responder e indemnizar a la otra del daño que pueden causarle ciertos casos fortuitos a que estaba expuesto”. Por lo tanto, con esta definición el código de comercio amplió el ámbito de aplicación del contrato hacia **todos los riesgos**, contrario al código de Lares que sólo, como hemos visto, regía para los riesgos de transporte marítimo y terrestre.

Sin embargo, no toda la materia de seguros quedó al amparo de la materia mercantil, ya que el contrato de seguro de personas, como se ha dicho, se sujetaba exclusivamente a la materia civil.

Por otra parte, y de igual manera como el referido código civil, la ley mercantil prescribió la **forma escrita** para la celebración del contrato, dando la posibilidad que fuera por **escritura pública**, adicionando a esa disposición, que el contrato de seguro podía también otorgarse mediante **póliza ante corredor**.

En cuanto a la **forma de pago**, se reprodujo lo que para ello había sido establecido en el código civil, es decir, ordenaba que éste debiera darse en un solo pago o en plazos, y se fijaba libremente por las partes, como quedó asentado en el apartado anterior.

El **contrato de seguro marítimo** contenía el transporte de mercancías por vía marítima, como la reglamentación para los barcos y empresas navieras, éstos que por cierto, se encontraban comprendidos en el libro tercero “Del Comercio Marítimo” del capítulo tercero “Seguros Marítimos” título tercero “De los Contratos Especiales del Comercio Marítimo”

2.1.4. EL CÓDIGO DE COMERCIO DE 1889.

En el año de 1889, se promulgó un nuevo código de comercio, con ello el criterio para determinar el aspecto mercantil del seguro, cambió, pues de conformidad con el artículo 75 del nuevo código, primero se delimitó la actividad del **aseguramiento como acto de comercio**, segundo se incluyó en esa actividad a **todos los seguros**, y tercero se condicionó a que sólo quedaran dentro de este marco, aquellos **seguros** que fueran **celebrados por empresas**: “La ley reputa actos de comercio: Fracción XVI. Los contratos de seguro de toda especie, siempre que sean hechos por empresas”.

Es decir, el criterio del nuevo ordenamiento establecía concretamente, que el sujeto asegurador ahora debería ser una empresa; y ya no se requería que las cosas objeto del riesgo asegurado, fueran mercancías o negociaciones comerciales, por lo tanto, el contrato de seguro de personas ya podía ser mercantil cuando fuere celebrado por empresas.

El nuevo código, fue el primero en establecer el carácter consensual del contrato de seguro, disponiendo en su artículo 394 que: “El contrato de seguro se consignará por escrito en póliza o en otro documento público o privado, suscrito por los contratantes”.

A) LEY SOBRE COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE 1892. La primera ley emanada del Ejecutivo Federal relacionada con las compañías de seguros fue la Ley sobre Compañías de Seguros, la cual fue

promulgada bajo la Presidencia del general Porfirio Díaz y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de diciembre de 1892.

No obstante que en la exposición de motivos se prefirió el **principio de la libertad absoluta de organización**, sin necesidad de contar con permiso alguno por parte de la autoridad, ni de concesión o de contrato, cabe aclarar que no se extinguía de forma absoluta la necesidad de una supervisión para la actividad aseguradora, como se establecía en el artículo 10º de esa ley, que a su letra decía:

“La Secretaría de Hacienda organizará un servicio de inspección con el personal que estime suficiente para vigilar que las compañías de seguros, cumplan estrictamente las prescripciones de la Ley y reglamentos de la materia”²³.

B) LEY DEL SEGURO DE 1910. El día 25 de mayo de 1910, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley Relativa a la Organización de las Compañías de Seguros Sobre la Vida. En el Capítulo IV de dicha Ley, se habla expresamente sobre **la vigilancia de las compañías**. Esto se puede apreciar en el artículo 42 que a su letra decía:

“La Secretaría de Hacienda y Crédito Público **ejercerá la vigilancia** de las compañías de seguros sobre la vida, por conducto de un departamento especial que se llamará de seguros”.

Contrariamente a lo previsto en la Ley de 1892, esta Ley requería de las compañías aseguradoras la **autorización** de la Secretaría de Hacienda para que pudieran ejercer sus actividades en el país; situación que duró durante varias décadas para que con posterioridad se supliera por la “**concesión**”, misma que estuvo vigente casi veinte años, para finalmente

²³ Antonio Minzoni Consorti, *Op. Cit.*, pp. 14-15.

volver al sistema antiguo (el de autorización), a partir del 3 de enero de 1990.

En el artículo 3º del mencionado Capítulo IV, se encontraban las **funciones de vigilancia** que al departamento de seguros se le encomendaban, que entre otras se encontraban:

- a) Estudiar los negocios oficiales referentes a seguros, y dar su opinión al Secretario de Hacienda acerca de ellos;
- b) Ejercer la vigilancia sobre las compañías respectivas a fin de que su explotación se haga de acuerdo con las prescripciones legales;
- c) Iniciar todo lo que tienda a hacer más eficaz la vigilancia del Gobierno sobre las compañías de seguros, y a garantizar los intereses del público;
- d) Acopiar datos para la formación de la tabla Mexicana de Mortalidad, y sus rectificaciones periódicas;
- e) Proponer la forma en que deban rendir y publicar las compañías sus informes anuales, cada vez que por disposición de la Secretaria de Hacienda se altere la fijada;
- f) Llevar un registro en que consten las condiciones de cada compañía u oficina que visite;
- g) Informar anualmente el Secretario de Hacienda acerca de las operaciones y estado de las compañías de seguros que operan en el país, incluyendo las que hayan sido declaradas en estado de quiebra, y sobre cualquiera otra clase de datos que muestren los procedimientos del Departamento de Seguros, las condiciones de negocios de seguros en México;

- h) Proponer la aprobación o reforma de los proyectos de pólizas, tarifas de primas y prospectos de las compañías;
- i) Vigilar la recaudación del impuesto que grava las operaciones de seguros;
- j) Comprobar que el capital social, o el de fundación en su caso, de las compañías ha sido exhibido e invertido conforme a la ley;
- k) Comparecer, cuando proceda, en el otorgamiento de las escrituras de venta, cancelación de hipotecas, arrendamiento por más de veinte años de bienes afectos a las reservas para manifestar su conformidad;
- l) Comprobar la exactitud y legalidad en la inversión de las reservas de las compañías y exigir el informe anual que estas últimas deben rendir;
- m) Registraren un libro especial las autorizaciones que conceda esta Secretaría a las compañías; y,
- n) Opinar verbalmente o por escrito acerca de las consultas que le hagan las compañías o los particulares sobre asuntos de seguros²⁴.

2.1.5. LEY GENERAL DE SOCIEDADES DE SEGUROS DE 1926.

La Ley General de Sociedades de Seguros fue promulgada el 25 de mayo de 1926, misma que puede considerarse como la primera norma importante de legislación del seguro en México, ya que **cubría todos los aspectos que regularían a una institución de seguros autorizada** para operar en el territorio nacional o en el extranjero, en los distintos ramos de la

²⁴ Cfr. Antonio Minzoni Consorti, *Op. Cit.*, pp. 16-19.

actividad aseguradora. La Ley, exigía la entrega de la póliza y el pago de la prima, para que se considerara celebrado el contrato de seguro.

Destaca como principio en dicha Ley, **el control y la vigilancia** encomendada al Estado, **sobre los actos** que realizarían las sociedades de seguros, y **sobre los contratos** de su especie; todo ello con el fin de **tutelar el interés de los asegurados**, quienes por si solos, no podrían llevar a cabo una vigilancia eficaz, considerando la naturaleza técnica de los negocios. Por ello, la Ley reafirmaba la necesidad de un **“departamento especial” de seguros** encargado de llevar a cabo visitas y, entre otros objetivos, fijar responsabilidades en que incurrieren las compañías por omisiones y otros motivos.

A su vez, la mencionada Ley confirmaba el principio de la **“autorización” del Estado para practicar los seguros**, misma que debería ser publicada en el Diario Oficial de la Federación, (cabe recordar que no obstante de 1926 hasta 1935, las sociedades de seguros dependerían de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo en lugar de la Secretaría de Hacienda, como ocurre en nuestros días).

En el artículo 48, del Capítulo IV, denominado “De la Vigilancia e Inspección de las Compañías”, la Ley establecía que la mencionada **Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo ejercería la vigilancia** de las compañías o sociedades de seguros por conducto de un departamento que se llamaría “de Seguros”, cuya organización y estructura se establecería en un Reglamento²⁵.

2.1.6. LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO DE 1935.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro de 1935, **establece las normas para la interpretación y adecuada aplicación de dicho contrato**; consagró **reglas y principios técnicos**, como el de la proporcionalidad de la

²⁵ Cfr. Antonio Minzoni Consorti, *Op. Cit.*, pp. 19-22.

prima al riesgo; el de las cargas de descripción de éste, antes y después de concluido el contrato; el de la **exclusión legal de ciertos riesgos** técnicamente no asegurables; el de las **consecuencias de la mora del asegurado en el pago de las primas**; así como el **carácter imperativo de sus disposiciones**. Como caso de excepción, dicho ordenamiento especificó que los seguros marítimos se regirían por el Código de Comercio, por lo cual, sólo les serían aplicables sus disposiciones en lo que fueran compatibles.

Es importante la promulgación de esta ley, ya que viene a marcar **una nueva etapa en la regulación del contrato de seguro**, pues éste ahora presenta **un carácter propiamente consensual**, que viene de la influencia de la ley suiza de 1908 y la francesa de 1930. Por ejemplo, en el artículo 5º se establece la **obligación del proponente** del contrato, **de sostener su oferta** durante los plazos que el propio artículo menciona, con el objetivo de que esta oferta sea analizada por **la empresa aseguradora** y para que ésta disponga de tiempo suficiente para valorar **si acepta o no** asumir el riesgo; por su parte, en el artículo 7º el proponente del contrato, deberá entregar firmada una oferta a la empresa aseguradora, la cual **deberá contener las Condiciones Generales del seguro** que la empresa previamente le proporcionó al proponente, o bien dicha oferta deberá constar en el formulario que también la empresa le debió entregar al proponente. En caso de que esto no se cumpla el proponente no estará obligado por su oferta. Lo que la Ley establece, es que esas Condiciones Generales sean previamente conocidas por el proponente para que cuando éste entregue la oferta, se tenga por hecha su manifestación de voluntad.

Por otra parte, a diferencia de la Ley General de Sociedades de Seguros de 1926, como se ha dicho, exigía la entrega de la póliza y el pago de la prima, para que se considerara celebrado el contrato de seguro, ahora la Ley Sobre el Contrato de Seguro, dispone en el artículo 21, que dicho acto **se perfecciona por el hecho de conocer el proponente la aceptación del asegurador para asumir el riesgo propuesto**, y prohíbe que se sujete a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o del pago de la prima. Uno

de los temas más sobresalientes de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, es sin duda el perfeccionamiento del contrato de seguro.

Debe de tomarse en cuenta que el contrato de seguro **se perfecciona en el momento en que el proponente tiene conocimiento de que su propuesta** ha sido **aceptada** por la Institución Aseguradora. Esto implica que no basta el hecho de que el proponente haya manifestado su voluntad de asegurarse y de que la empresa haya expresado su aceptación, sino que éste debe ser del conocimiento del proponente para que entonces podamos hablar de que el contrato se encuentra perfeccionado.

Este requisito emana principalmente de una situación particular en este tipo de contrato y de la consensualidad inherente a éste, por lo que la ley exige que **el proponente debe tener conocimiento pleno de que la empresa aseguradora ha aceptado el riesgo**, para que éste tenga la seguridad jurídica sobre **la existencia del contrato** y para que la empresa aseguradora le **empiece a correr el término para ejercer su derecho al cobro de la prima**. También iniciarán para ambas partes, los derechos y obligaciones que se contienen en el propio contrato. Asimismo, la ley señala claramente que este perfeccionamiento no puede estar sujeto a la condición de la entrega de la póliza o del pago de la prima.

Por otra parte, el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, **deja de exigir la forma escrita como elemento esencial para la formación del contrato**, y sólo la requiere para fines de prueba: “Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se hará constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la de hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere el artículo 21”.

Este artículo menciona el alcance que tiene el documento formal escrito que conocemos como póliza, el cual denota la existencia del contrato de seguro, así como sus adiciones y modificaciones. La póliza, en consecuencia, es el documento que por excelencia prueba la existencia del

contrato de seguro y en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes.

Este requerimiento se complementa con el artículo 20, el que prescribe que **la empresa aseguradora está obligada a entregar en beneficio del asegurado una póliza de seguro**, la que con el hecho de estar firmada hace las veces de una constancia del contrato²⁶.

A) LEY GENERAL DE INSTITUCIONES DE SEGUROS (1935). Ese año se marcó una nueva etapa para el seguro en el país, La Ley General de Instituciones de Seguros, promulgada el 26 de agosto de 1935 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mismo mes y año, perseguía tres objetivos:

- a) **Mexicanizar la actividad aseguradora** (capital extranjero en minoría);
- b) **Regresar a la Secretaría de Hacienda el control** de las instituciones de seguros; y,
- c) **Establecer el control más estricto de toda esa actividad.**

Obviamente se confirmó el principio de la “**autorización**” por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para **ejercer las operaciones de seguro en el país**. La nueva ley dedicó al respecto cinco artículos del Capítulo II, “Vigilancia e Inspección de las Instituciones”.

- a) En el artículo 114 estableció que la vigilancia e inspección quedaría confiada a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, extendiéndola a sucursales y agencias de las instituciones aseguradoras.

²⁶ Octavio G. de Jesús Sánchez Flores, *Op. Cit.*, p. 11.

- b) En el artículo 115, (al igual que en el caso de la Ley de 1926), no permitió que los funcionarios o empleados encargados de la inspección y vigilancia desempeñen cargos como consejeros, administradores, entre otros, de instituciones de seguros sujetas a la inspección y vigilancia de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- c) A su vez, en el artículo 117 estableció una multa de 500 a 1,000 pesos a aquella institución, sucursal o agencia que se rehusase a recibir una visita de inspección o a facilitar los elementos indispensables, a juicio del inspector, para la práctica de la inspección.
- d) Por su parte, el artículo 116 estableció que por lo menos una vez cada año se practicará una visita minuciosa a las instituciones, sin perjuicio de las demás que ordene la Secretaría. Pero el aspecto más relevante se refiere a las características de la inspección.

Según el artículo 118, **la inspección sería más minuciosa** cuando se diera la facultad a la Secretaría de intervenir en los arqueos, cortes de caja y demás comprobaciones o verificaciones de contabilidad de las instituciones sometidas a su inspección²⁷.

B) COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS. A partir de la entrada en vigor de la Ley General de Instituciones de Seguros, el seguro mexicano logró resultados significativos tanto en número de compañías que se establecieron en el mercado, como en volumen de negocios, lo que obligó a la autoridad a **crear un organismo que, aún dependiendo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, tuviera amplias facultades para la vigilancia e inspección** sobre el sector asegurador.

²⁷ Cfr. Antonio Minzoni Consorti, *Op. Cit.*, pp. 22-23.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas tuvo su antecedente en la **Comisión Nacional de Seguros**, creada con la reforma del 18 de febrero de 1946 a la Ley de Instituciones de Seguros, en la que se prescribió que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público ejercería la **inspección y vigilancia de las instituciones de seguros** directamente o por medio de un organismo descentralizado auxiliar de la secretaría; por tal motivo con posterioridad se expidió el Reglamento de la Comisión Nacional de Seguros, en cuyo primer artículo se estableció que las funciones de inspección y vigilancia de las instituciones de seguros que corresponden a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, **se ejercerían por conducto de la Comisión Nacional de Seguros**.

La Ley reformada estableció en su artículo 118, Incisos XIV y XV, que **los objetivos** de la Comisión Nacional de Seguros serían:

“XIV. Ejercerá la inspección y vigilancia de las instituciones, directamente (Secretaría de Hacienda Crédito Público) o por medio de algún organismo descentralizado, auxiliar de la Secretaría en los términos del reglamento respectivo.

“XV. Realizará todo aquello que en su concepto sea para la estabilidad de la institución del seguro en México”²⁸.

C) PRIMER REGLAMENTO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS. El 14 de septiembre de 1946 se publicó **el primer Reglamento** de la Comisión Nacional de Seguros. En el artículo 1º se establece que las **funciones de inspección y vigilancia** de las instituciones de seguros que corresponden a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se ejercerán por conducto de la Comisión Nacional de Seguros.

²⁸ Octavio G. de Jesús Sánchez Flores, *Op. Cit.*, pp. 42-43.

El artículo 2º señala que la Comisión Nacional de Seguros estará integrada por cinco vocales, uno de los cuales tendrá el carácter de **Presidente de la Comisión** y serán nombrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; tres representando a dicha Dependencia, uno a propuesta de las instituciones de seguros que operen el ramo de vida y otro por las que operan en daños. El Presidente será nombrado por la Secretaría de entre los tres vocales nombrados por ella.

Las facultades y deberes delegados a la Comisión Nacional de Seguros se establecieron en los artículos 17 y 19 del Reglamento, que prácticamente, salvo algunos cambios debidos a la evolución de la técnica del seguro, son los mismos en vigor en la actualidad.

Se encargó a la Comisión actuar como cuerpo de consulta la Secretaría en la materia de seguros y desempeñar las funciones de inspección, vigilancia y control, a que se refiere la Ley.

Por lo que la **tarea de la Comisión sería estudiar y aprobar**, en su caso, los **proyectos de tarifas y los documentos relativos a los contratos de seguros**, así como de los agentes que de las instituciones para su examen y aprobación²⁹.

D) LA NUEVA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS.

En el año de 1970 la Comisión Nacional y de Seguros se unió a la Comisión Nacional Bancaria para formar la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, debido a las reformas y adiciones de la Ley General de Instituciones de Crédito y Organizaciones Auxiliares y a la Ley Orgánica del Banco de México, y en la que se disponía que **las funciones de inspección y vigilancia** de las instituciones de seguro que correspondían a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en los términos de la Ley General de Instituciones de Seguros y demás

²⁹ Octavio G. de Jesús Sánchez Flores, *Op. Cit.*, p. 45.

disposiciones aplicables, **se ejercerían por conducto de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros.**

Tras 19 años de funcionamiento de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, se escindió el 28 de diciembre de 1989, en la **Comisión Nacional Bancaria** para la atención de todo lo relacionado con instituciones de crédito y en la **Comisión Nacional de Seguros y Fianzas**, para todo lo concerniente a la actividad aseguradora y afianzadora.³⁰

La escisión que dio origen a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, hizo necesario que por segunda ocasión la Ley definiera al Organismo y sus funciones, así como las funciones de su propio Presidente.

Los artículos 108, 108-A y 109 se referían a la Comisión como un **órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público**, sujeta a su Reglamento Interior, expedido por el Ejecutivo Federal. Su estructura quedó establecida de la siguiente manera:

- a) Una Junta de Gobierno;
- b) Presidencia;
- c) Vicepresidencias;
- d) Direcciones Generales;
- Delegaciones Regionales; y
- f) Demás servidores públicos necesarios.

En cuanto al Presidente, después de definir que es la máxima autoridad administrativa de la Comisión, la Ley le atribuye diversas facultades y obligaciones entre las cuales se destacan:

- Inspeccionar y vigilar a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, así como a las demás personas sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión y realizar la inspección que conforme a

³⁰ *Ver infra p. 41.*

leyes especiales, corresponda al Ejecutivo Federal sobre las instituciones y sociedades de seguros.

- Intervenir en los procedimientos de liquidación de las instituciones.
- Imponer las sanciones que correspondan en los términos de esta Ley y demás aplicables, así como condonarlas total o parcialmente.
- Ordenar las visitas o inspecciones señaladas en esta Ley y demás aplicables, y, en su caso, llevarlas a cabo.

Uno de los párrafos del artículo 110, se refiere exclusivamente al personal encargado de las inspecciones y aclara que “los **visitadores e inspectores**, serán personas de notorios conocimientos en materia financiera comprobados en los términos que determine el Reglamento Interior de la Comisión y ni ellos ni el demás personal podrán obtener de las instituciones sujetas a inspección, préstamos o ser sus deudores por cualquier título bajo la pena de destitución inmediata, se exceptúan las operaciones que realicen con la aprobación expresa de la Junta de Gobierno de la Comisión”³¹.

E) LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS DE 1990. Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 27 de diciembre de 1983, **se reformó la Ley General de Instituciones de Seguros**, a efecto de **ampliar la protección de los intereses del público usuario** respecto a los servicios que prestan las empresas de seguros y mejorar el procedimiento de tutela y protección a los asegurados, incluyendo bases para la **conciliación y el arbitraje**, en forma rápida y objetiva conforme a los principios constitucionales y atacando las formalidades esenciales del procedimiento.

Finalmente, para el 3 de enero de 1990, se promulgó la **Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**, dividiendo las funciones de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros en dos

³¹ Antonio Minzoni Consorti, *Op. Cit.*, pp. 42-43.

organismos desconcentrados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público denominados Comisión Nacional Bancaria y **Comisión Nacional de Seguros y Fianzas**, encaminada ésta última básicamente a la inspección y vigilancia de las instituciones de seguros, de las sociedades mutualistas y de las afianzadoras.

Con la reforma que sufrió esta ley, el 14 de julio de 1993, se establecieron, entre otros puntos:

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

F) LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS. El 18 de enero de 1999, se publicó la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, ley ésta que creó a la **Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros**. La Comisión tiene como objeto, **promover, proteger y defender los derechos e intereses de las personas que utilizan los servicios ofrecidos por las entidades financieras**, procurar una cultura financiera entre el público en general, así como proveer la información necesaria a dichos usuarios, para que puedan decidir con mayores y mejores elementos, las decisiones relativas a la contratación de los servicios financieros.

La **protección y defensa** que la ley encomienda a la Comisión Nacional, tiene como objetivo prioritario procurar la **equidad** en las relaciones entre los usuarios y las instituciones financieras, otorgando a los primeros elementos para **fortalecer la seguridad jurídica** en las operaciones que realicen y en las relaciones que establezcan con las segundas.

La Comisión que como ya se dijo, entró en funciones en 1999 absorbió las tareas que, en materia de aclaraciones o quejas, realizaban la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Con ello se convertía en la principal Autoridad encargada de orientar, proteger y defender los intereses de los Usuarios. Para eso su principal tarea ha sido atender las quejas sobre instituciones de seguros, corriéndole traslado de dichas reclamaciones, ordenando rendir informe, informes adicionales, citándolos para audiencias, e incluso pidiendo los documentos por los que se determinan los rechazos a las reclamaciones por las diversas áreas de siniestros de las compañías de seguros³².

³² Verónica Valdés, *USTED DECIDE*, Revista mensual editada y publicada por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Certificado de litud No. 11251, impreso en Grupo Gráfico, no. 71, Febrero 2006, p. 1.

G) TRATADO TRILATERAL DE LIBRE COMERCIO PARA AMÉRICA DEL NORTE (TLC)³³. El Tratado Trilateral de Libre Comercio para América del Norte (TLC), entró en vigor a partir del 1º de enero de 1994, celebrado entre Canadá, Estados Unidos y México. En lo que respecta a los **servicios financieros**, el tratado regula los servicios financieros tomándose medidas que afectan la prestación de servicios por instituciones financieras de banca, seguros, valores y otros servicios, dejando a cada país definir sus compromisos específicos de **liberación**.

El tratado contempla el trato que se le daría al sector asegurador, de la siguiente manera:

- a) Se estableció que las compañías asociadas con Aseguradoras Mexicanas (como fue el caso de las estadounidenses: Metropolitana Life, Chubb International, American International, American International Group Aig, Cigna, y New York Life), podrían incrementar su **participación accionaria en forma gradual**, de 30% en 1994, a 51% en 1998 y hasta alcanzar 100% en el 2000;
- b) Las compañías de Canadá y Estados Unidos que se encontraran asociadas con aseguradoras mexicanas, al momento de entrar en vigor del tratado de libre comercio, podrían incrementar su **participación accionaria hasta 100%** en dichas compañías a partir del primero de enero de 1996; y,
- c) A la entrada en vigor del TLC, las sociedades prestadoras de servicios auxiliares y de intermediación en seguros podrían establecer **filiales sin límite de participación**.

³³ Cfr. Osvlado Santín Q. y Héctor Romero Gatica, *Perspectivas de la Industria del Seguro en México para 1992*, México, Editado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Documento de Trabajo Núm 5 Junio, 1992 Serie, Documentos de Trabajo, p. 19.

Cabe señalar que si en la actualidad se encuentran en el país aseguradoras de países que no son parte de América del Norte, se debe al hecho de que compañías de seguros de cualquier parte del mundo establecidas en los Estados Unidos o en Canadá, son consideradas como aseguradores de esos dos países y por ello sus subsidiarias incorporadas en dichos países han podido gozar los beneficios previstos por el Tratado.

En el país actualmente se encuentran filiales de aseguradoras europeas y japonesas, entre otras, pero llama la atención que no haya ninguna de Canadá, uno de los tres países del Tratado.

El Tratado estableció un período de transición antes de tener acceso al mercado total y, **a partir del año 2000, la participación fue total.**

CAPÍTULO III

EL CONTRATO DE SEGURO.

3.1 CONCEPTO GENERAL.

De acuerdo con la explicación que Octavio G. de Jesús Sánchez Flores expone en su obra *El Contrato de Seguro Privado*, tenemos que el término **contrato** proviene del latín **contractus**, mismo que se deriva del verbo **contahere**, cuyo significado es, concertar, reunir, lograr; a este planteamiento, Sánchez Flores agrega: el contrato **“es un acto jurídico bilateral que se constituye por el acuerdo de voluntades de dos o más personas y que produce ciertas consecuencias jurídicas (creación o transmisión de derechos y obligaciones) debido al reconocimiento de una norma de derecho”**³⁴. En ese orden de ideas, en esta definición destaca lo prescrito por el artículo 1794 del Código Civil vigente para el Distrito Federal, en cuanto a **los elementos esenciales para la existencia del contrato**, que son:

a) **El consentimiento**, que es un acuerdo de voluntades entre dos o más personas; los contratantes emiten una declaración de voluntad.

b) **Un objeto posible**, hacia el cual se dirige esa voluntad, es decir, que el objeto al que tienden las voluntades deberá ser de realización física y jurídicamente posible. Las prestaciones a las que las partes se comprometen, deben ser de realización material y jurídica.

Por lo tanto, lo que los contratantes quieren al expresar su voluntad, es producir efectos de derecho sancionados por la Ley, es decir, que por medio del contrato, se exterioriza la voluntad de las partes destinadas a **crear o transmitir obligaciones**; esto equivale a manifestar el **consentimiento**. Consecuentemente, el consentimiento es un elemento necesario del contrato; ya que sin él, el contrato no existiría, o bien, si las

³⁴ Octavio G. de Jesús Sánchez Flores, *El Contrato de Seguro Privado*, México, Ed. Porrúa, 1ª edición 2000, p. 81.

partes no llegaran a ponerse de acuerdo, tampoco se le podría llamar contrato.

Ahora bien, el **objeto** de crear o transmitir obligaciones, se dirige ante todo a efectuar una conducta posible, tanto en el orden natural como en el jurídico: el **objeto** al que tienden las voluntades deberá ser de realización física y jurídicamente posible³⁵.

En el contrato de seguro, el **consentimiento** se forma por la concurrencia de las voluntades de dos personas, una de las cuales es la **empresa aseguradora** o **asegurador** que en nuestro sistema jurídico sólo puede ser una persona que tenga el carácter legal de institución o sociedad mutualista de seguros, carácter que además solamente se adquiere por **autorización del gobierno federal** conferida a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y previa satisfacción de los requisitos establecidos en la Ley General de Instituciones Y Sociedades Mutualistas de Seguros. La voluntad de la compañía de seguros se dirige hacia querer asegurar el interés que el proponente manifiesta en su oferta.

La otra parte del contrato de seguro recibe la denominación de **tomador del seguro** o simplemente **contratante**, quien es la persona cuya voluntad concurrente con la del asegurador, forman el consentimiento necesario para que se perfeccione un contrato de seguro. Cabe agregar que el asegurado, es el sujeto sobre cuyos bienes o persona recae la cobertura del seguro; el beneficiario, es quien tiene derecho a recibir la prestación futura y eventual, a la que se obligó el asegurador.

Por lo tanto, el **objeto** del contrato de seguro, se dirige a crear, por un lado, la conducta a que se obliga a realizar la compañía de seguros, misma que consiste en el compromiso que ésta tiene de resarcir los daños sufridos, **una vez realizada la contingencia prevista** en el contrato, ya sea en los bienes del asegurado, o bien en su persona; y por otro lado, la obligación del

³⁵ Manuel Bejarano Sánchez, *Obligaciones Civiles*, México, Ed. Harla, Tercera Edición, Colección Textos Universitarios, 1984, pp. 49-50.

asegurado de pagar la prima correspondiente. Los términos en que se establezca el contrato de seguro, o sea, **los riesgos asumidos** por la compañía de seguros, la suma asegurada, el deducible, el coaseguro, etc., serán acordados por la voluntad de los contratantes, es decir, por medio de la manifestación del **consentimiento**. Es importante señalar, aquí que si el riesgo se ha consumado, ya no será posible su realización aleatoria, como más adelante veremos.

Expuesto lo anterior, ahora pasemos a analizar la respectiva definición sobre el **Contrato de Seguro**, y teniendo en cuenta las diversas definiciones expuestas por los tratadistas italianos como Donati o Brunetti³⁶, entre otros, los estudiosos en la materia en México, para explicar el concepto sobre el contrato de seguro, terminan (para bien o para mal), por recurrir a la **definición descriptiva** que se encuentra en el artículo primero de la Ley en la materia, y que a la letra dice:

“Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato”³⁷.

Esta definición expresa con claridad y precisión los elementos específicos que conforman el contrato de seguro, que a continuación se muestran:

a) La verificación de la eventualidad prevista en el contrato; ésta en la práctica recibe diversas expresiones como daños patrimoniales, pérdida de la salud, pérdida de miembros, o pérdida de la propia vida,

³⁶ Según Donati el seguro, es el “Negocio en el que el asegurador, contra el pago u obligación de una prima, se obliga a resarcir al asegurado de las consecuencias de un hecho dañoso incierto, siempre dentro de los límites convenidos”. Según Brunetti, 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 en renta, para el caso de que en el futuro se produzca un evento determinado contemplado en el contrato”. Tomado de Octavio G. de Jesús Sánchez Flores, *La Institución del Seguro en México*, México, Ed. Porrúa, 1ª edición 2000, p. 76-77.

³⁷ *Ley Sobre el Contrato de Seguros*, México, Impresa por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 3.

o bien daños a terceros en su patrimonio, o en su persona; de hecho se conoce como el **siniestro**, éste a su vez, se ha definido como “la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce los daños garantizados en la póliza hasta determinada cuantía”³⁸, es decir, es la realización del riesgo cubierto en el contrato de seguro, y que determina el nacimiento de la prestación de la aseguradora; en los seguros de gastos médicos mayores, el siniestro se produce **al ocurrir cualquier enfermedad o accidente que puede ser motivo de indemnización.**

b) El pago de la prima; es la **prestación del contratante** del seguro; invariablemente constituye una suma de dinero, que puede cubrirse en moneda nacional o extranjera (generalmente dólares americanos). La circunstancia de que la prima se cubra en dinero deriva de que su importe está destinado por lo menos a cuatro conceptos: **la comisión del agente** de seguros, **la constitución de las reservas** legales, los **gastos de administración** y, por supuesto, la **utilidad de la empresa**. Sin embargo, cabe agregar al respecto que, aún y cuando no se hubiera realizado el pago de la prima, es decir, durante el periodo llamado “**de gracia**“, pero, haya ocurrido el acontecimiento previsto, la compañía aseguradora estará obligada a reparar los daños.

c) El resarcimiento del daño; es la **prestación del asegurador**, que consiste concretamente en la obligación que tiene el asegurador en reparar un daño, o pagar una suma de dinero, siempre y cuando se realice la contingencia prevista. El desagravio a cargo de la compañía de seguros, puede consistir en reparar las pérdidas que sufra el asegurado en sus bienes, o bien la atención de las lesiones o enfermedades, padecidas en la persona del asegurado. La ley menciona además, la posibilidad de que la aseguradora pague una

³⁸ Octavio G. de Jesús Sánchez Flores, *El Contrato de Seguro Privado*, México, Ed. Porrúa, 1ª edición 2000, p. 250.

suma de dinero en los casos en que es imposible el resarcimiento de los daños, tales como ocurre en los seguros sobre la vida.

d) La empresa, cumple un papel importante en el contrato de seguro, ya que si bien es cierto que el procedimiento económico del seguro descansa en la mutualidad, no menos lo es que toda operación de seguro depende de la existencia de una empresa. Por eso la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en su artículo 2^o³⁹, exige que el asegurador sea **una empresa organizada** conforme a la ley administrativa de control: la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, misma que no sólo determina minuciosamente los requisitos de constitución, organización y funcionamiento de las empresas aseguradoras, sino define como delito, la práctica de la operación activa de seguros, por quien no sea titular de **la autorización del Estado** para realizar esa actividad en nuestro territorio⁴⁰.

Cabe aclarar al respecto que la **mutualidad** en que descansa el procedimiento económico del seguro, y que se ha hecho referencia en el párrafo que antecede, consiste en reunir a una gran masa de riesgos homogéneos para distribuir entre todas las personas a quienes ellos amenazan, las consecuencias económicas dañosas que producen los siniestros, en los casos en que el riesgo se realiza.

Finalmente, es importante señalar que en nuestro país, las empresas aseguradoras se organizan para su propósito, en tres tipos de sociedades:

- Sociedades Anónimas;
- Sociedades Mutualistas; y,

³⁹ Artículo 2°. “Las empresas de seguros sólo podrán organizarse y funcionar de conformidad con la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros”, *Ley Sobre el Contrato de Seguro*, México, Impresa por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 3.

⁴⁰ Artículo 3° de la *Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros*, Impresa por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 2.

- Fideicomisos Agrícolas, según la Ley de Fondos de Aseguramiento Agropecuario y Rural⁴¹.

3.2. CLASIFICACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

Dentro de las diversas clasificaciones que se han hecho sobre el contrato de seguro tenemos la siguiente:

a) De adhesión. Se considera que el contrato de seguro es un contrato de adhesión porque en él, la compañía de seguros previamente fija y determina las condiciones generales del contrato, aprobadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, comisión a la que se le encomienda el control sobre las empresas aseguradoras; por su parte el asegurado, el contratante, y/o el oferente se limita a aceptarlas, y en su caso a modificarlas, pero dicha alteración dependerá de la aceptación de la oferta por parte de la institución de seguros, ya que en caso de proceder a esas modificaciones, el asegurador tendrá que expedir los endosos correspondientes; sin embargo, contrario a que la compañía se resista a aceptar las referidas modificaciones, simplemente las rechazará⁴².

La función de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, es la de controlar, supervisar y ejercer una vigilancia sobre las diversas actividades comerciales. Para el caso concreto de las actividades de aseguramiento, lo efectúa por medio de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la cual tiene como finalidad que el contrato de seguro no escape de esas condiciones; por lo que el control culmina con la aprobación de los contratos de adhesión, esto es justificable debido a que se trata de una necesaria tutela y protección del interés público general.

⁴¹ Gabriel Corvera Caraza (et. al.), *Ley Sobre el Contrato de Seguro Explicada*, Editado por el Comité Jurídico de Swiss Re, 1ª edición, julio de 2006, p.9.

⁴² Artículo 36 B de la *Ley General de Instituciones y sociedades Mutualistas de Seguros*, Impresa por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 33.

b) Aleatorio. Se dice que el contrato de seguro, es aleatorio cuando la prestación de una de las partes, depende, en cuanto a su existencia, del azar o de sucesos imprevisibles, de tal manera que es imposible determinar el resultado económico del acto en el momento de celebrarse⁴³. Cabe aclarar que la compañía no sabe cuales serán los daños asumidos por ella, y que devendrán o no en un siniestro.

El asegurador no sabe cuál o cuáles de los riesgos asumidos por él, resultarán en siniestros, sin embargo, la prestación a cargo del asegurador, será determinada y asumida, de acuerdo con la cobertura y la suma contratadas.

c) Bilateral o Sinalagmático. Los contratos bilaterales son los que generan recíprocamente obligaciones para ambos contratantes⁴⁴. En el contrato de seguro, las partes quedan obligadas a conceder una prestación. En condiciones normales, al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, la empresa aseguradora se obliga a resarcir un daño o a pagar la suma asegurada contratada, y el contratante, si es el caso, se obliga exclusivamente a pagar una prima.

d) Condicional. Son aquellos contratos en los que su resolución depende de la ocurrencia de un acontecimiento futuro e incierto. Este tipo de contratos ejemplifica la característica esencial del contrato de seguro; la prestación a la que se obligó la compañía aseguradora, de reparar un daño o pagar una suma de dinero, no se satisface en tanto que los hechos de consecuencias dañosas no se presenten con posterioridad a la celebración del contrato⁴⁵.

e) Consensual. Son aquellos contratos para los que la ley no exige una forma especial. Son perfectos con tal que se exteriorice de cualquier manera la voluntad de celebrarlos; basta con que el

⁴³ Manuel Bejarano, *Op. Cit.*, p. 39.

⁴⁴ Cfr. Manuel Bejarano Sánchez, *Op. Cit.*, p. 36.

consentimiento de las partes se manifieste para que se les considere perfeccionados; de ahí que se les conozca como actos consensuales. En el contrato de seguro, el perfeccionamiento no se condiciona a la entrega de la póliza o al pago de la prima, sino que es suficiente la recíproca expresión de la voluntad de los sujetos; esto ocurre desde el momento en que el proponente tiene conocimiento de la aceptación de la oferta por parte de la compañía de seguros.

f) Nominado o típico. Son los contratos por los que la ley establece un régimen particular propio; para la materia que nos ocupa, el ordenamiento jurídico que en México se ha producido, es la Ley Sobre el Contrato de Seguro, convirtiéndolo así en el único contrato que posee una normatividad exclusiva en nuestra legislación.

g) Oneroso. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 1837, da la siguiente definición: “Es contrato oneroso aquel en que se estipulan provechos y gravámenes recíprocos”⁴⁶. Por una parte, la futura y posible prestación del asegurador, de resarcir los daños sufridos por el asegurado, se contrapone a la prestación del contratante, bajo la forma de prima.

g) De buena fe. Son los contratos que se sustentan en el principio de buena fe, el cual obliga a las partes a actuar entre sí con la máxima honradez. El asegurado se obliga a describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, a fin de que el asegurador tenga una completa información que le permita decidir sobre la negación o aceptación del riesgo.

“En el contrato de seguro, el proceso de formación del consentimiento comienza jurídicamente con la formulación de una propuesta de seguro por parte de la persona interesada en tomarlo, y se completa

⁴⁵ Instituto Mexicano Educativo de Seguros y Fianzas, S.C., *Programa de Formación para la Acreditación de Agentes de Seguros, México, 1ª edición, p. 52.*

⁴⁶ *Código Civil para el Distrito Federal, México, Ed. Porrúa, 61ª edición, 2007, p. 170.*

con su aceptación; en ese proceso de formación la rigurosidad en la **buena fe** que exige al asegurado también se exige al asegurador...”⁴⁷

El contrato de seguro, se celebra para que, en el momento en que acontezca la contingencia prevista, la compañía de seguros indemnice al asegurado, en términos de lo dispuesto en las Condiciones Generales y Especiales de la póliza de seguro contratada, es decir que, la reparación de los daños soportados por el asegurado debe ser hasta el límite de la suma asegurada contratada, y **no para obtener un lucro**.

i) Mercantil. De conformidad con el artículo 75 del Código de Comercio, el contrato de seguro está considerado como un acto de comercio, con lo que se establece que el contrato de seguro queda regulado por la legislación mercantil, misma que se integra por el referido Código de Comercio, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley General de Sociedades Mercantiles, así como la Ley de Navegación y Comercio Marítimos.

3.3. OFERTA, ACEPTACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO.

Por lo general, el contrato de seguro **se celebra necesariamente por la empresa aseguradora**, autorizada por el Estado, por una parte, y, generalmente, por **el asegurado** por la otra⁴⁸.

La aseguradora es la institución financiera 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. Prácticamente en la totalidad de las legislaciones, el

⁴⁷ Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, *Amparo Directo* 17/04/2004, p.1.

⁴⁸ Humberto Ruiz Quiroz, *El Contrato de Seguro*, México, Edición elaborada por la Universidad de Estudios de Posgrado en Derecho, en coordinación con la Asociación Mexicana de Derecho de Seguros y Fianzas, para el II Congreso Nacional de Seguros y Fianzas, celebrado en la Ciudad de México mayo de 1998, p. 2.

asegurador **es una persona moral o jurídica**⁴⁹. La empresa **es el sujeto activo en la operación de seguros**, su participación deriva de la **capacidad con que cuenta para realizar el procedimiento económico de la mutualidad**.

En sentido restringido, **asegurado, es la persona cuyas características individuales se amparan en la cobertura del seguro**; por ejemplo, en el ramo de supervivencia, es la vida del asegurado la que se encuentra protegida por el contrato, y en el ramo de incendio, es el titular del inmueble cubierto por la póliza. Ahora bien, en sentido amplio, **asegurado es el que suscribe la póliza de la compañía aseguradora, comprometiéndose al pago de las primas estipuladas y teniendo derecho al cobro de las indemnizaciones que corresponden con motivo del siniestro**.

Sin embargo, puede existir un tercer caso, que es la combinación de ambos argumentos, por ejemplo, el suscriptor de la póliza, a quien también se le llama “**contratante**”, quien tiene la obligación de pagar la prima y en algunos contratos de cobrar valores garantizados; el “**asegurado**”, cuyas circunstancias personales originan o pueden motivar el pago de la indemnización; el “**beneficiario**” que se vincula al contrato de seguro como titular del derecho indemnizatorio.

De hecho, especialmente en los riesgos patrimoniales, en los que el siniestro afecta directamente la economía del asegurado, por ejemplo, incendio, o robo, “asegurado”, “contratante” y “beneficiario” suelen ser **la misma persona**; el que simultáneamente suscribe la póliza de seguro, está obligado al pago de la prima y tiene derecho a recibir la indemnización⁵⁰.

Ahora bien, para que el contrato de seguro se **perfeccione**, cada una de las partes debe expresar su voluntad en él, y una vez que tal voluntad

⁴⁹ Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, *ABC de Educación Financiera*, México, Edición Especial de Condusef, 1ª edición, s/n, p. 10.

coincide con la de su contraparte, surgen sus efectos, queridos por esas partes, es decir, el contrato surge a la realidad jurídica.

En el contrato de seguro la manera de expresar la voluntad se inicia en el momento en que el proponente dirige su **oferta** a la compañía de seguros; debiendo para ello dicho proponente, remitir a la compañía de seguros, la solicitud, así como los formularios correspondientes, para que la compañía los estudie, y en su caso, los **accepte** o los **rechace**, conforme a lo dispuesto por los artículos 5º, 6º y 7º de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

A) LA OFERTA EN LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

La oferta, es una declaración de voluntad en la que se proponen las condiciones de un contrato de seguro; es una proposición escrita que se envía a la institución de seguros por una persona que aspira a ser asegurada, o que desea asegurar la persona de otro, algún objeto propio o de un tercero, a través de la cual se describe materialmente el bien asegurable, así como sus características, o declara las particularidades ciertas de su persona o de la persona a quien desea asegurar a fin de que la compañía tenga el conocimiento necesario de lo que va a asegurar, y cuente con las bases suficientes para emitir la póliza.

En ese orden de ideas, tenemos que el **proponente** es quién **formula la oferta del seguro**, y no es el agente, como se ha llegado a pensar, el que la deba expresarla, de hecho el papel de ese intermediario, sólo se limita a invitar al **oferente** a realizarla.

El proponente del contrato de seguro formula la oferta, y se obliga a **mantenerla durante el lapso de tiempo que se estipuló** para tal efecto,

⁵⁰ José de Jesús Martínez Gil, *Manual Teórico y Práctico de Seguros*, México, Editorial Porrúa, pp. 48-49.

que en términos del artículo 5º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro⁵¹, es de **quince días, o treinta** cuando fuere necesario practicar examen médico. El objetivo de obligar al proponente del contrato, a mantener su oferta durante los plazos que el propio artículo menciona, es el de **que esa oferta sea analizada por la empresa aseguradora** y para que ésta disponga de tiempo suficiente para valorar **si acepta o no** el riesgo propuesto. Además, la carga del proponente, implica que la empresa aseguradora contará con determinado tiempo para analizar el riesgo, ya que **si lo acepta** en el término previsto, **puede obligar al proponente a sostener su oferta**, esto es, a pagar la prima que corresponda.

Por lo tanto, es necesario que la compañía aseguradora conozca y estudie el riesgo que va a cubrir, para saber si éste es asegurable, y después, debe conocer **la gravedad en que se encuentra el bien a asegurarse**; el objetivo de este análisis es determinar la mayor o menor probabilidad con que se realice el siniestro, por lo que la compañía tiene la necesidad de estudiar las circunstancias de la persona o de los bienes que se pretenden asegurar, así como la intensidad del riesgo, para conocer **la probable magnitud de las pérdidas que causará la realización de la eventualidad dañosa**.

Conocida la gravedad e intensidad del riesgo, y si la compañía aseguradora acepta celebrar el contrato de seguro, **fijará la prima, conforme a las tarifas determinadas con ayuda de las tablas estadísticas aplicables al caso concreto**.

El formulario que las aseguradoras denominan solicitud, no constituye una oferta de contrato que dirija la aseguradora al público en general; no puede tener el carácter de oferta o propuesta, porque no contiene todos los elementos esenciales del seguro.

⁵¹ *Ley Sobre el Contrato de Seguro, México, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 3.*

La solicitud que entrega la compañía de seguros en sus oficinas o por medio de un agente, tampoco constituye una oferta de contrato, sino **hasta que es llenada por el contratante del seguro y firmada por él**, es el momento en el que éste se convierte en proponente u oferente.

Sin embargo, se considerará aceptada por parte de la compañía de seguros la petición del proponente del contrato, cuando la **solicitud sea hecha mediante carta certificada** enviada a aquella, requiriéndole la prórroga, modificación o restablecimiento del contrato, tal y como se encuentra dispuesto en el artículo 6º de la Ley en la materia⁵².

Para fines de prueba, el legislador estimó que debe constar el **acuse de recibo** por parte de la empresa, sobre todo, al estimar que se otorga un plazo para que **ésta se manifieste según su derecho**, y en caso de no hacerlo, se entenderá que la petición ha sido aceptada por la empresa y sólo se estará bajo la condición suspensiva de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Es decir, de conformidad con lo previsto en ese mismo artículo 6º, **la Secretaría de Hacienda y Crédito Público debe aprobar la solicitud**, lo que impacta negativamente la consensualidad del contrato de seguro, ya que establece un requisito formal para que se tengan por cumplidos los extremos establecidos en el susodicho artículo mediante determinación legal.

La oferta, aunque se redacte con el consejo o colaboración del agente de seguros, es un acto unilateral del asegurado. La compañía de seguros, en base a ella, forma su **concepto del riesgo, su descripción y delimitación**, mismos que se encuentran en la carátula de la póliza y sus anexos, y que por lo tanto, vienen a ser los elementos más importantes del contrato de seguro.

⁵² *Ley Sobre el Contrato de Seguro, México, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 3.*

B) LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA EN LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

Para que el contrato de seguro se perfeccione, cada una de las partes debe expresar su voluntad, y ésta debe coincidir con la de su contraparte, generando los efectos que derivan de lo pactado, y que son los que quieren las partes.

Ahora bien, para que esto se realice, primero debe de haber **una propuesta** de parte del oferente dirigida a la empresa aseguradora, y para que ésta tenga verdadero carácter de propuesta debe contener todos los elementos esenciales del contrato que pretende celebrarse. Con la **aceptación de la oferta**, se perfecciona el contrato de seguro. El consentimiento de la compañía aseguradora debe ser dado por persona autorizada y comunicado al asegurado. El silencio de la aseguradora no significa aceptación, sino rechazo de la oferta. Tampoco está obligada a comunicar su negativa a aceptar la oferta. Por lo que no cabe responsabilizarla por su aceptación tardía o su negativa o por su retraso en la respuesta.

Por lo general, la manera en que se da la aceptación de la aseguradora es mediante **la expedición de la póliza** que se entrega al asegurado o **mediante la expedición del recibo oficial de pago de prima emitido por la compañía de seguros**, en papelería de ésta última, en la que se desprendan los datos necesarios para identificar la póliza contratada. No obstante que la aceptación de la oferta por parte del asegurador puede ser tácita, por lo general se da **de manera expresa, como ya se dijo, mediante la expedición de la póliza de seguro, o de la expedición del recibo oficial de pago de prima**, que entrega al proponente.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro establece en el artículo 21 fracción I, que el contrato se perfecciona **desde el momento en que el**

proponente tenga conocimiento de la aceptación de su oferta por parte de la compañía de seguros⁵³.

El perfeccionamiento del contrato de seguro, es sin duda uno de los temas más importantes del contrato de seguro, y esto se deriva de la forma en que la Ley Sobre el Contrato de Seguro aborda dicho tema.

En primera instancia, debe considerarse que el contrato de seguro se perfecciona en el momento en que el proponente tiene conocimiento de que su propuesta ha sido aceptada por la institución aseguradora. Ello implica que no basta el hecho de que el proponente haya manifestado su voluntad de asegurarse y de que la empresa haya expresado su aceptación, sino que **ésta debe ser del conocimiento del proponente** para que entonces podamos hablar de que el contrato se encuentra perfeccionado⁵⁴. En ese preciso momento ya existe en la esfera jurídica el contrato de seguro y por lo tanto, **ya se han generado a partir de ahí derechos y obligaciones recíprocos para las partes.**

Este requisito emana principalmente de una situación particular en este tipo de contratos, así como de **su consensualidad**, por lo que la ley exige que el proponente debe tener conocimiento pleno de que la empresa aseguradora ha aceptado el riesgo, para que éste tenga **la seguridad jurídica sobre la existencia del contrato**; esto además representa **para la empresa aseguradora, por otro lado, que comienza a correr el término para ejercer su derecho y obligaciones** que se contienen en el propio contrato. Desde luego, dichos derechos y obligaciones deben de ser acordes con los términos y condiciones que de acuerdo con la ley en la materia las partes hayan pactado.

Asimismo, **el perfeccionamiento no puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o cualquier otro documento en**

⁵³ *Ley Sobre el Contrato de Seguro, México, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 8.*

⁵⁴ *Gabriel Corvera Caraza (et. al.), Op. Cit., p. 23.*

que conste la aceptación, ni tampoco a la condición de pago de la prima.

Lo que la ley no prohíbe, es que **en el momento de la celebración del contrato, el proponente pueda hacer el pago de la prima.** Lo que prohíbe es que el perfeccionamiento se sujete a la condición del pago o la entrega de algún documento, por lo que es legal que la empresa aseguradora reciba el pago de la prima al momento de la celebración del contrato. Incluso, se han presentado casos, generalmente en el ramo de personas, en que en la solicitud del seguro de vida se dejaba dinero en un documento que se denominaba “recibo cobertura” en el que el proponente conocía que quedaba asegurado por el riesgo hasta la suma asegurada determinada en el contrato mientras la empresa aseguradora evaluaba, si otorgaba la cobertura para un seguro de vida.

No obstante, que **el contrato puede celebrarse sujeto a plazo, y una vez finalizado éste inicia la eficacia para las partes.** En este caso, se entiende que el contrato queda plenamente perfeccionado desde el primer momento, y los efectos del mismo iniciarán desde que se perfeccionó, quedando para una fecha posterior, **sólo la eficacia del mismo,** estableciendo la ley un límite para ese plazo, **tratándose del seguro de vida el plazo de 30 días, a partir del examen médico si éste fuera necesario, o a partir de la oferta si no fuera necesario**⁵⁵.

En el caso de **la muerte del proponente antes de la aceptación,** debe tenerse presente que, con excepción de las propuestas de la aceptación y sin haber vencido el plazo de quince días, durante el cual está vinculado el oferente, es decir obligado a mantener su propuesta, éste hubiere fallecido, sin que el aceptante supiera de su muerte; quedarán los herederos de aquél obligados a sostener la propuesta y por tanto el contrato debe considerarse perfeccionado. Esto se desprende ineludiblemente de la

⁵⁵ *Gabriel Corvera Caraza (et. al.), Op. Cit., p. 24.*

aplicación supletoria del artículo 1809 del Código Civil para el Distrito Federal, que a su letra dice:

“Artículo 1809. Si al tiempo de la aceptación hubiere fallecido el proponente, sin que el aceptante fuere sabedor de su muerte, quedarán los herederos de aquél obligados a sostener el contrato”.

C) LA APRECIACIÓN DEL RIESGO.

Para que opere el procedimiento económico de la mutualidad, es necesario que el asegurador conozca **todas las circunstancias que atañen al riesgo** que se pretende asegurar. El asegurador debe tener conocimiento de la probabilidad de que se realice el evento, es decir que debe conocer **su gravedad**, así como **la probable magnitud del siniestro**.

Sin embargo, quien mejor conoce las circunstancias que hacen más o menos probable el riesgo, es el amenazado por él; ni siquiera las investigaciones y observaciones de la empresa aseguradora podrían llegar a proporcionar un conocimiento completo de los hechos y circunstancias que hacen al riesgo más o menos probable.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro, como ha sido señalado a lo largo de este capítulo, prescribe en sus artículos 8º, 9º y 10º prescribe que **los hechos deben declararse tal como se conozcan o como deban conocerse**, en el momento de la celebración del contrato y si se contrata a nombre o por cuenta de un tercero, la obligación se extiende del conocimiento real o debido del contratante, al de un tercero.

Sólo en el seguro por cuenta de quien corresponda, que en parte se contrata a favor de un tercero, desconocido en el momento de la conclusión del contrato, la compañía aseguradora debe atenerse al conocimiento del estipulante, sin tomar en cuenta la veracidad tenida por el tercero, que muchas veces no se conoce sino **hasta que acontece el siniestro**.

Tales artículos establecen que **la validez del contrato** se supedita al exacto conocimiento del riesgo por el asegurador e **impone al proponente la carga de describirlo tales como los conozca o deba conocer**, es decir que **no es el asegurador quien está obligado a investigar estos datos** necesarios para la estimación del riesgo cuya cobertura se le propone, sino que **este deber precontractual pesa exclusivamente sobre el oferente** del seguro, que es **quien debe dar una respuesta correcta**, si quiere celebrar un contrato válido.

Asimismo, y en ese orden de ideas, el artículo 8º de la ley en la materia, viene a ser uno de los más relevantes en cuanto a la **validez que debe contener el contrato de seguro, así como al principio de buena fe con que debe de conducirse el proponente al realizar su oferta**⁵⁶.

En principio no puede entenderse ningún contrato si éste no conlleva la intención de pactar aquello que se quiere. La ley entonces menciona que el asegurado debe declarar por escrito, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. Lo anterior, establece una carga al proponente de decir la verdad a la empresa aseguradora y esta verdad no es sólo relativa al conocimiento sobre el estado del riesgo, sino también al conocimiento objetivo del mismo con una gran limitación, que es que la empresa aseguradora debe suministrar un cuestionario que debe contener todos los extremos de su interés para el conocimiento pleno del riesgo. En esto no debe olvidarse que es precisamente la compañía aseguradora la que es profesional en la materia y, por lo tanto, debe considerar en dicho cuestionario todos los elementos del riesgo que son importantes para ella, a fin de que el proponente no experto, tenga la oportunidad para responder con verdad todas las preguntas y cuestionamientos que la aseguradora estimó esenciales para analizar el riesgo y en consecuencia, aceptar el mismo en

⁵⁶ *Gabriel Corvera Caraza (et. al.), Op. Cit., p. 14.*

los términos propuestos o en términos diversos (extra prima, por ejemplo) o bien negarse a aceptarlo.

Como puede observarse, de este documento se va a desprender en gran parte, la vida y consecuencias jurídicas del contrato de seguro, ya que el proponente informará sobre el estado del riesgo a la aseguradora, con base en lo que ésta le preguntó al estimar que solamente lo contenido en el cuestionario era importante para apreciar el riesgo.

Considerando lo anterior, tenemos que la compañía de seguros que haya elaborado un cuestionario, o que no haya requerido éste no podrá alegar en el futuro que el proponente no le informó de circunstancias o hechos sobre los cuales no mencionó en el cuestionario, ya que la ley claramente señala que, es ella quien debe de indicar al asegurado lo que para ella es esencial.

D) MODOS DE CONTRATAR.

Como se ha dicho, no siempre quien celebra el contrato de seguro con la aseguradora es el que está expuesto al riesgo⁵⁷. Se ha supuesto que el asegurado suele, generalmente, ser al mismo tiempo el contratante del seguro, pero puede suceder que éste sea una persona distinta a aquél; por lo que, en este caso, se estaría en presencia de un contrato en favor o en nombre de un tercero.

La Ley Sobre el Contrato de Seguro establece diversas modalidades para poder celebrar el contrato de seguro, como lo son los seguros celebrados por representante (artículo 9), por cuenta de otro (artículo 10), por cuenta propia o de otro (artículo 11), por cuenta de un tercero (artículo 12), y en nombre del mandante (artículo 13), tal y como se explicará a continuación.

⁵⁷ *Ver supra, p.2.*

- a) **Seguros Celebrados por Representante.** Considerando válida la celebración del contrato por medio de un representante, el artículo 9º de la Ley en la materia establece una carga adicional a dicho **representante**, ya que además de **declarar los hechos importantes que sean de su conocimiento, deberá declarar también aquellos hechos importantes que son del conocimiento del representado**⁵⁸: “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”.

Con lo anteriormente dicho, **la empresa de seguros busca, por medio de las declaraciones que el representante haga del asegurado, así como del propio representante, tener pleno conocimiento del riesgo**; en consecuencia, no sería válido que el representante no tuviera la misma obligación que el representado de actuar de Buena Fe, declarando de ambos ante la compañía aseguradora con toda veracidad.

- b) **Seguros Celebrados por Cuenta de Otro.** Aquí quien propone la celebración del contrato de seguro, es una **persona diferente al asegurado**, que **no es su representante**, sino **un intermediario**: “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”⁵⁹.

En este supuesto, la ley impone al proponente del contrato (que no tiene el interés directo y que no es representante del asegurado) que también le manifieste con verdad todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

⁵⁸ *Gabriel Corvera Caraza (et al), Op. Cit., p. 16.*

⁵⁹ *Ley Sobre el Contrato de Seguro, México, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 4.*

c) **Seguros Celebrados por Cuenta Propia o de Otro.** En la esencia aplican para este caso, los comentarios antes señalados; sin embargo, la ley previene un elemento diferente que es el hecho de que **el tercero asegurado pueda o no estar designado en la póliza.** “El seguro podrá contratarse por cuenta propia o por cuenta de otro, con o sin la designación del tercero asegurado. En caso de duda, se presumirá que el contratante obra por cuenta propia” (art. 11^o).

d) **Seguros Celebrados por Cuenta de un Tercero.** Una vez que la empresa aseguradora ha aceptado asumir el riesgo, el contrato surte efectos plenos. La ratificación que se menciona en el precepto 12^o de la ley en la materia, aplica para el seguro de accidentes y gastos médicos: “El seguro por cuenta de un tercero obliga a la empresa aseguradora, aún en el caso de que el tercero asegurado ratifique el contrato después del siniestro”⁶⁰. Cabe agregar al respecto, que para el seguro de supervivencia opera de igual forma este tipo de seguros, sin embargo, debe aclararse que quien tiene la facultad para ratificar en estos casos, son los beneficiarios del seguro. Para el seguro de daños no requiere la ratificación, ya que únicamente se pide la comprobación del interés asegurable.

Seguros Celebrados en Nombre del Mandante. El principio general instituido por la legislación consiste en reconocer el **mandato con representación.** En el caso del contrato de seguro, se entiende que el mandatario actúa por cuenta del mandante cuando contrata un seguro a nombre de éste

Al no concordar el contenido de una póliza de seguro con la oferta, **el asegurado contará con treinta días para solicitar la rectificación correspondiente,** ya que transcurrido este plazo se consideraran aceptadas

⁶⁰ *Ley Sobre el Contrato de Seguro, México, Impresa por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 4.*

las estipulaciones de la póliza. Esta disposición es la más importante en la consensualidad del contrato del seguro: el acuerdo de voluntades lo perfecciona, aun cuando la aceptación de la oferta no conste por escrito.

3.4. NATURALEZA DE LA PÓLIZA DE SEGURO.

La Póliza es el documento por el cual se formaliza el contrato de seguro y en el que se establecen las cláusulas que regirán las relaciones contractuales pactadas entre la compañía aseguradora y el asegurado.

La Póliza de seguro, consiste en la solicitud, carátula, Condiciones Generales y Especiales, el consentimiento y el certificado individual; tales documentos deben contener textos, cláusulas, datos y características en términos de la Ley y Reglamentos en la materia.

“El artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro dispone que las empresas aseguradoras están obligadas a entregar al contratante una póliza donde consten los derechos y obligaciones de las partes, conteniendo los siguientes datos:

- I. Los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora;
- II. Designación de la cosa o de la persona
- III. La naturaleza de los riesgos garantizados;
- IV. El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía;
- V. El monto de la garantía;
- VI. La cuota o prima del seguro; y,
- VII. Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza, de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes”⁶¹

⁶¹ *Ley Sobre el Contrato de Seguro, México, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 2.*

Respecto a este último punto, la fracción IV del artículo 36 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, señala las cláusulas que deben figurar de manera clara y precisa en la póliza, a saber, los alcances, términos, condiciones, exclusiones, limitaciones, franquicias o deducibles, así como los derechos y obligaciones de los contratantes⁶².

Además de los puntos señalados por el artículo 20 antes mencionado, la Ley Sobre el Contrato de Seguro en su artículo 153, “dispone que las pólizas de Vida y Gastos Médicos, deben contener lo siguiente:

- I. El nombre completo y fecha de nacimiento de la persona o personas sobre quienes recaiga el seguro;
- II. Nombre completo del beneficiario si existe alguno determinado;
- III. El acontecimiento o el término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas; y,
- IV. En su caso, los valores garantizados”⁶³.

Ahora bien, cabe hacer mención lo que el artículo 26 de la citada Ley Sobre el Contrato de Seguro establece respecto del contenido que toda póliza de seguro deberá contener, es decir, en toda póliza será insertado el texto del artículo 25 del mismo ordenamiento, que a la letra dice:

“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”⁶⁴.

⁶² *Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros*, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), enero del 2010, p. 31.

⁶³ *Ley Sobre el Contrato de Seguro*, México, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 14.

⁶⁴ *Ley Sobre el Contrato de Seguro*, México, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 3.

Lo anterior es porque, cuando una persona propone a una institución de seguros que tome a su cargo un riesgo, la empresa tiene ciertas posibilidades, tales como:

- a) Aceptar el riesgo como fue propuesto y comunicarlo así al proponente;
- b) Aceptar el riesgo en forma o términos diferentes a los propuestos y comunicarlo así al proponente; o bien,
- c) No aceptar el riesgo.

El supuesto que este artículo dispone, se relaciona con la hipótesis señalada en el inciso b), en donde la Institución de seguros acepta un riesgo no concordante con la oferta, por lo que la Ley Sobre el Contrato de Seguro concede en su artículo 25 al proponente, un plazo de 30 días para solicitar la rectificación del contrato, o bien, conformarse con lo que se establece en el mismo, ya que una vez transcurrido el término del que habla el referido precepto, el contrato quedará totalmente formalizado. La advertencia consagrada en el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro sólo es válida cuando se informa al asegurado sobre las diferencias concretas existentes entre su propuesta y el texto de la póliza, y se le recuerda su derecho de reclamar por tal circunstancia⁶⁵.

Por otra parte, en las Condiciones Generales de la póliza suelen incluirse cláusulas relativas a materias sobre la prescripción, agravación del riesgo, la existencia de otros seguros, interés moratorio, aviso de siniestro, etc. Asimismo, figuran también cláusulas concernientes a la definición de los riesgos cubiertos y, en su caso, a la definición de los riesgos excluidos.

⁶⁵ *Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, Amparo Directo 17/04/2004, p. 1.*

En las cláusulas en las que se definen los riesgos cubiertos se hace la descripción de la responsabilidad aceptada por el asegurador en caso de presentarse el evento cubierto, hasta los límites estipulados.

Las cláusulas que prevén exclusiones, configuran un capítulo en el que la compañía de seguros establece no cubrir algunos riesgos, cuando éstos ocurren en determinadas circunstancias o condiciones preestablecidas. Al respecto el artículo 59 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro preceptúa que como medida para evitar ambigüedades y confusiones entre los asegurados en cuanto al alcance de las coberturas de la póliza, las exclusiones serán consignadas de manera precisa⁶⁶. No obstante que, en las condiciones generales también se acuerdan exclusiones que se pueden amparar mediante pacto expreso entre las partes del contrato de seguro.

3.5. DIFERENTES TIPOS DE PÓLIZA.

En términos del artículo 29 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las pólizas podrán ser nominativas, a la orden o al portador, con la circunstancia de que conforme al artículo 154 del citado ordenamiento, la póliza de seguro de personas no podrá expedirse al portador:

“Artículo 29.- Las pólizas podrán ser nominativas, a la orden o al portador, salvo lo que dispone la presente ley para el contrato de seguros sobre la vida”.

“Artículo 154.- La póliza del Contrato de Seguro de personas no podrá ser al portador. La nominativa se transmitirá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa aseguradora. La póliza a la orden se transmitirá por medio de endoso que contenga, invariablemente, la fecha, el nombre y el domicilio del endosatario y la

⁶⁶ *Ley Sobre el Contrato de Seguro, México, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 6.*

firma del endosante. No se admitirá prueba alguna de otra especie en esta forma de transmisión.

“En caso de designación irrevocable de beneficiario, éste puede ceder su derecho mediante declaración que, como lo previene el artículo 19, deberá constar por escrito y, además, ser notificada al asegurador”.⁶⁷.

Podemos decir respecto a los artículos anteriores, que la Ley Sobre el Contrato de Seguro, utiliza una terminología propia de los títulos de crédito, sin que ello implique que la póliza de seguro comparta dicha naturaleza, como más adelante se explicará.

Ahora bien, La **Póliza Nominativa**, es la que se encuentra expedida a favor de una persona cuyo nombre se consigna en el texto mismo del documento, asimismo el mencionado artículo 154 dispone que la transmisión de dicho documento sólo será posible mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa aseguradora.

La **Póliza a la Orden**, es aquella que conlleva la cláusula “a la orden” de una persona determinada; para su transmisión es necesario consignar en ella endoso, el cual deberá contener la fecha, el nombre y el domicilio del endosatario y la firma del endosante. Cabe agregar que no obstante lo ordenado en los artículos a que se ha hecho referencia, en la práctica la transmisión de derechos de una póliza a la orden mediante endoso es desconocida.

Esta clasificación que se hace en la Ley sobre el Contrato de Seguro, ha dado pie a que se piense que la póliza de seguro pueda ser considerada como un título ejecutivo, e incluso el propio Código de Comercio dispone en el artículo 1391 fracción V, que la póliza de seguro trae aparejada ejecución:

⁶⁷ *Ley Sobre el Contrato de Seguro, México, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 3 y 14, respectivamente.*

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

Traen aparejada ejecución:

I...

II....

III....

IV....

V. Las pólizas de seguros conforme a la ley de la materia;...”⁶⁸

Es decir, el Código de Comercio remite a la Ley sobre el Contrato de Seguro y a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, las que no le otorgan un carácter de título de crédito a la póliza de seguro. De hecho en opinión del Tribunales Colegiado, existe una **“laguna legislativa”** por lo que **“la citada fracción V debe interpretarse en el sentido de que las pólizas de seguros no son títulos ejecutivos para efectos de la procedencia de la vía ejecutiva mercantil”**⁶⁹. Ya que a diferencia de lo que ocurre con los títulos ejecutivos la póliza de seguro, **no tiene una cantidad líquida exigible**, su cobro está sujeto a una serie de condiciones estipuladas en el contrato y en la ley de la materia, (que el contrato de seguro esté vigente, se haya pagado la prima, se verifique el riesgo amparado, el siniestro reclamado sea procedente y que no resulte aplicable alguna causa de exclusión) de manera que las obligaciones contraídas por las aseguradoras están supeditadas a la realización de la eventualidad futura e incierta prevista en el contrato respectivo.

⁶⁸ *Código de Comercio*, México, Ed. Porrúa, S.A. 75ª edición, 2007, pp. 119-120.

⁶⁹ *CONTRATO DE SEGURO. LAS PÓLIZAS NO SON TÍTULOS EJECUTIVOS PARA EFECTOS DE LA PROCEDENCIA DE LA VÍA EJECUTIVA MERCANTIL (INTERPRETACIÓN DEL ARTÍCULO 1391, FRACCIÓN V, DEL CÓDIGO DE COMERCIO)*. **Registro No.** 164484. **Localización:** Novena Época Instancia: Primera Sala Fuente: *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta XXXI, Junio de 2010* Página: 30 Tesis: 1a. /J. 90/2009 Jurisprudencia Materia(s): Civil Ejecutoria: **I.- Registro No. 22231 Asunto:** CONTRADICCIÓN DE TESIS 153/2008-PS. **Promoviente:** ENTRE LAS SUSTENTADAS POR EL TRIBUNAL COLEGIADO DEL DÉCIMO SÉPTIMO CIRCUITO Y LOS TRIBUNALES COLEGIADOS SEGUNDO Y TERCERO, AMBOS EN MATERIA CIVIL DEL SEXTO CIRCUITO. **Localización:** 9a. Época; 1a. Sala; S.J.F. y su Gaceta; XXXI, Junio de 2010; Pág. 31.

Por tal motivo, es conveniente hacer las siguientes aclaraciones al respecto.

- a) La póliza de seguro **no es un documento constitutivo**. En efecto, en toda póliza queda establecido que el pago que resulte se efectuará a la persona que haya quedado como beneficiario, siempre y cuando ocurra la eventualidad prevista en el contrato bajo ciertas circunstancias, sin que para ello se trate de una promesa de pago como queda prescrito en un título de crédito, es decir, que en la póliza no estamos hablando de un documento constitutivo por el cual se hará efectivo el pago de forma inmediata.
- b) La póliza de seguro **carece de fuerza ejecutiva**, en ella no está ordenado que el asegurador se obligue a pagar el documento en un plazo determinado, como ocurre con el deudor en un título de crédito. La póliza de seguro es un contrato donde se dan obligaciones recíprocas.
- c) **No es necesario exhibir** la póliza de seguro **para efectos de ejercitar el derecho al pago**. Siendo la póliza de seguro, en términos del artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, un documento exclusivamente probatorio de la celebración del contrato de seguro entre la compañía y el asegurado, por lo que para invocar el derecho al pago de un título de crédito, es indispensable exhibir dicho documento.
- d) La póliza de seguro **no tiene autonomía**, ya que en términos del artículo 30 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora podrá oponer al tenedor de la póliza o a los terceros que invoquen el beneficio, todas las excepciones oponibles al suscriptor originario, sin perjuicio de oponer las que tenga contra el reclamante, ya que en el

título de crédito el deudor no podrá oponer contra el tenedor excepciones personales que tenga contra los precedentes poseedores del título.

Estas son suficientes razones para concluir que la póliza de seguro no es un título de crédito, y que no obstante lo preceptuado en el Código de Comercio, no trae aparejada ejecución; ya que en la póliza de seguro se establece una declaración de verdad y no una declaración de voluntad como en el caso de los títulos de crédito.

CAPÍTULO IV.

LA PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES GRUPO.

A) LA PROBLEMÁTICA. A partir de los últimos 40 años, se fue incrementando en nuestro país el número de familias nucleares, de las cuales sólo una mínima parte (la perteneciente a la clase alta por supuesto), podía tener acceso a una **atención médica y hospitalaria de alta calidad**, misma que consistía en el uso de tecnologías de punta para la intervención quirúrgica, disposición de medicamentos que por su alto costo eran poco asequibles para el total de la población, así como la vigilancia médica suministrada por especialistas, entre otras.

No obstante que a pesar del referido cambio en la estructura social, así como de la prerrogativa existente en el sector salud para los grupos privilegiados, la clase media, a partir de la década de los años ochenta, ha podido hacer uso de ese tipo de atención clínica en acreditados hospitales (como los Hospitales ABC Observatorio, Ángeles del Pedregal o el Hospital Médica Sur, entre otros) para el restablecimiento de su salud.

Sin embargo, si esos gastos médicos fueran directamente cubiertos por el núcleo familiar de esa fracción de la sociedad, seguramente que causarían un menoscabo en su patrimonio; por lo que la mayor de las veces su única posibilidad para acceder a esas instituciones privadas, es por medio de un Contrato de Seguro, es decir, **a través de la contratación de una Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo**. Este tipo de contratos, que mediante la afiliación de grupos de mutualistas, ha permitido que conglomerados sociales puedan enfrentar los riesgos a que está expuesta la salud, ya sean producidos por accidentes o por enfermedades, sin que para ello se afecte su situación económica familiar, que en el mejor de los casos, la póliza, viene a ser su única expectativa ante la actual realidad que vivimos en materia de salud en México. De hecho, ese es el motivo por el que hoy para muchas personas el seguro privado de gastos médicos mayores es ya un artículo de primera necesidad.

Por último, cabe agregar por lo que respecta a los grandes sectores de la sociedad en México, éstos atienden sus padecimientos en **situaciones muy precarias** básicamente en las instituciones públicas representadas por la Secretaría de Salud, los servicios médicos del Gobierno del Distrito Federal; las instituciones de seguridad social integradas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) y por el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.), y otras dependencias paraestatales.

B) LA PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES GRUPO. En ese orden de ideas, y de conformidad con la fracción IV del artículo 8º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el ramo de gastos médicos, se refiere a aquellos contratos de seguro que tienen por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás, necesarios para la recuperación de la salud del asegurado, cuando ésta haya sido afectada por causa de un accidente o enfermedad⁷⁰.

En efecto, el fin de la Póliza de Gastos Médicos Mayores Grupo que ofrecen las compañías de seguros, está orientada a cubrir los gastos médicos y hospitalarios necesarios cuando un miembro del **Grupo Asegurable**⁷¹ padezca un accidente⁷² o enfermedad⁷³ cubiertos, tanto en

⁷⁰ *Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, artículo 8º fracción IV., Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), enero del 2010, p. 5.*

⁷¹ *“Es el conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro”. Tomado del artículo 2º fracción VI del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, AGENDA DE SEGUROS Y FIANZAS. (Compendio de leyes, reglamentos y otras disposiciones conexas sobre la materia. México, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. 6ª edición, enero de 2006, p. 2.*

⁷² *Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona. Cabe aclarar que por **Accidente Cubierto**, se entiende toda lesión sufrida por el asegurado a consecuencia de un accidente que ocurra durante la vigencia de la póliza contratada, siempre y cuando la atención médica sea dentro de los primeros 90 días de ocurrido el accidente, fuera de este periodo se considerará como enfermedad. Tomado de AIG México, Seguros, Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos Grupo y Colectivo, México, AIG Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V., México, 2009, p. 3.*

⁷³ *Por enfermedad se entiende toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo. **Enfermedad cubierta**, es toda enfermedad cuyos síntomas o diagnóstico se presenten durante la vigencia de la póliza. Seguros Atlas, S.A., Gastos Médicos Mayores, Condiciones Generales y Endosos, México, Seguros Atlas, S.A., 2009, p. 4.*

territorio nacional como en el extranjero, hasta por la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.

Para efectos de contratación de la Póliza de Gastos Médicos Mayores Grupo, el **Contratante**⁷⁴ se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que al momento de la expedición de la póliza a contratar, reúnan las características necesarias y **sin examen médico** para formar parte del Grupo asegurado. Asimismo, se obliga a solicitar seguro en los términos de la póliza contratada para todas las personas que con posterioridad llegaren a cumplir dichas características **sin examen médico**, si es que están en servicio activo, dentro de los 30 días siguientes desde el momento que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurable. La empresa aseguradora **podrá exigir un examen médico** a los miembros del grupo asegurable que den su consentimiento después de treinta días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado. En este caso, quedarán cubiertos desde la fecha de aceptación por la institución aseguradora.

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la compañía elabora un **registro de asegurados** para el periodo de seguro que fue pactado, el cual contendrá: nombre, fecha de nacimiento, beneficios contratados y prima, tanto del **Asegurado Titular**⁷⁵ como de sus **Dependientes Económicos**⁷⁶.

En caso de que el reporte de altas de asegurados sea oportuno, la cobertura se iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para formar parte de la colectividad asegurada en los términos pactados y,

⁷⁴ Es aquella persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas. Seguros Atlas, S.A., *Gastos Médicos Mayores, Condiciones Generales y Endosos*, México, Seguros Atlas, S.A., 2009, p. 4.

⁷⁵ Es aquella persona quien firma el consentimiento y es miembro directo de la colectividad asegurada. Allianz México, Seguros, *Condiciones Generales Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo*, Allianz México, 2009, pp. 1-2.

⁷⁶ Se consideran dependientes económicos del asegurado titular a su cónyuge o concubinario (conforme al Art. 1635 del Código Civil en el D.F.) y a los hijos de ambos que sean: solteros, menores de 25 años y que no obtengan ingreso por trabajo personal. Allianz México, Seguros, *Condiciones Generales Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo*, Allianz México, 2009, pp. 1-2.

siempre que la persona se encuentre dentro de los límites de admisión establecidos. En caso contrario, el inicio de la cobertura quedaría condicionado a la aceptación por parte de la aseguradora, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso la compañía quedaría facultada para pedir. Lo anterior también es aplicable para la cobertura de cónyuges e hijos, si la póliza ampara Dependientes Económicos.

Para el caso de las bajas reportadas a la compañía, causarán baja de la póliza todos los miembros de la familia asegurada cuyo Asegurado Titular fallezca o deje de pertenecer a la colectividad asegurada. La baja será efectiva al momento en que ocurra el fallecimiento del titular o su separación de la colectividad asegurada.

Igualmente, causará baja de la cobertura de esta póliza, cualquier asegurado que fallezca o:

- a) Siendo cónyuge se separe legalmente del titular.
- b) Siendo hijo; contraiga matrimonio, cumpla 25 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de depender económicamente del titular.

Las personas dadas de baja dejarán de disfrutar los beneficios del seguro a partir del momento en que causen baja de la póliza.

Además, el contratante tendrá derecho a renovar la póliza, siempre y cuando lo solicite por escrito a la compañía de seguros, dentro de los 30 días anteriores a la fecha de término de la vigencia pactada. La aseguradora podrá aceptar o no la renovación de la póliza y contará con un plazo máximo de 5 días naturales, contado a partir de la solicitud de renovación para comunicar la no aceptación de la renovación.

Sin embargo, se considerará fuera de cobertura a partir de cualquier renovación al dependiente que:

- a) Siendo titular cumpla 70 años de edad.

- b) Siendo cónyuge se separe legalmente del titular y/o cumpla 70 años de edad.

- c) Siendo hijo contraiga matrimonio, cumpla 25 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de depender económicamente del titular

En el Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo el Asegurado Titular no decide sobre la contratación, pero si puede contribuir en el pago de la prima, en los términos pactados en la póliza, en términos del artículo 7º del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades⁷⁷.

Los **gastos médicos que amparan la mayoría** de las compañías aseguradoras son: 1. Pago de Ambulancia Terrestre; 2. Honorarios de anestesia; 3. Pago de Cirugía; 4. Cuarto de Hospital; 5. Enfermeras; 6. Medicamentos fuera del Hospital; 7. Gastos de Oxígeno; 8 Padecimientos Congénitos; 9. Alteraciones Clínicas de los Recién Nacidos; 10. Renta de Equipo; 11. Pago por Servicios de Diagnóstico; 12. Pago de Suministros de Hospital; 13. Pago por Servicios de Terapias; 14. Gastos de Transfusiones; 15. Visitas o Consultas Médicas.

En el **Cuadro de Especificaciones**⁷⁸ de este tipo de seguro, deberán precisarse las coberturas adicionales, sumas aseguradas para cada cobertura, deducible, el porcentaje del coaseguro, así como las enfermedades cubiertas con **periodo de espera**; debiendo comentar que el **periodo de espera** aplica como tiempo mínimo necesario que debe

⁷⁷ Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, AGENDA DE SEGUROS Y FIANZAS. (Compendio de leyes, reglamentos y otras disposiciones conexas sobre la materia. México, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. 6ª edición, enero de 2006, p. 3.

⁷⁸ El Cuadro de Especificaciones es el documento que forma parte de la póliza en el cual se mencionan algunos gastos médicos cubiertos y los endosos adicionales amparados, especificando la

transcurrir ininterrumpidamente para cada asegurado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la póliza, a fin de que **determinados padecimientos** puedan ser cubiertos

Por otra parte, cabe agregar que algunas compañías de seguros consideran el tiempo de cobertura continua e ininterrumpida, mantenido por el asegurado en otras pólizas de otras compañías, previo a la contratación de una nueva póliza, con la finalidad de reducir o eliminar los periodos de espera.

La eventualidad en lo general queda cubierta después de transcurridos 30 días a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la póliza contratada, su última rehabilitación o alta del asegurado, la que resulte posterior, mientras que de forma particular de acuerdo con el periodo de espera en el cuadro de especificaciones. Este tipo de cláusulas no se aplican cuando el asegurado cuenta con una fecha de antigüedad reconocida por el asegurador, que necesariamente debe de ser anterior al inicio de vigencia de la póliza.

En el **Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas** se incluye la tabla de intervenciones quirúrgicas, el catálogo de honorarios, tratamientos médicos, el importe estipulado con los médicos y hospitales en convenio de cada plan, asimismo determina el monto máximo que la aseguradora pagará por concepto de honorarios médicos en cada enfermedad o accidente cubierto⁷⁹.

Una vez realizada la eventualidad prevista en el contrato, así como la reclamación de pago por reembolso o pago directo presentada ante la aseguradora, serán descontadas las siguientes cantidades al asegurado, mismas que fueron contractualmente convenidas con él, así como, o bien

suma asegurada, deducible, coaseguro y periodo de espera. Seguros Atlas, S.A., Gastos Médicos Mayores, Condiciones Generales y Endosos, México, Seguros Atlas, S.A., 2009, p. 4.

⁷⁹ *Seguros Atlas, S.A., Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas, Med Plus, Seguros Atlas, S.A., México, 2009.*

que corresponden a las cantidades a su cargo por su participación en el monto del siniestro⁸⁰:

- a) **El deducible**, es la cantidad a cargo del asegurado, especificada de forma general en la carátula de la póliza, y de manera delimitada en el cuadro de especificaciones, mismo que se debe cubrir en cada caso de enfermedad amparada. Generalmente, para las compañías de seguros no opera dicho cargo, cuando de accidentes se trata⁸¹.

- b) **El coaseguro**, es el porcentaje a cargo del asegurado, que se aplica al monto de las reclamaciones una vez descontado el deducible, en caso de enfermedad cubierta. En caso de accidente no opera dicho cargo. El coaseguro a aplicar se estipula en la carátula de la póliza, salvo en padecimientos donde se manifieste lo contrario en forma específica⁸².

Salvo pacto en contrario, en caso de que el asegurado presente una reclamación por accidente, no se cobrará ni el deducible ni el coaseguro, es decir, que se reembolsará el 100% de los gastos procedentes después de ajustarlos a los límites establecidos en el contrato. En la práctica, se ha generalizado que en casos de accidente no se aplique ni el coaseguro ni el deducible, y en algunos planes ni siquiera éstos en caso de enfermedad, dependiendo de la compañía y del producto contratado.

Sin embargo, los distintos niveles de deducible y coaseguro se pueden elegir al momento de contratar la póliza de seguro y en el caso de que el asegurado opte por un deducible superior al básico, obtendrá un descuento en la tarifa, y si opta por uno menor deberá pagar una tarifa incrementada, lo mismo se aplica en el coaseguro.

⁸⁰ Seguros Allianz México, *Condiciones Generales Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo*, Allianz México, 2009, p. 1

⁸¹ Seguros Allianz México, *Condiciones Generales Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo*, Allianz México, 2009, p. 2.

⁸² Seguros Allianz México, *Condiciones Generales Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo*, Allianz México, 2009, pp. 1-2.

Si el asegurado llega a presentar una reclamación por enfermedad cubierta, se agruparán los gastos cubiertos por enfermedad, se descontará la cantidad del deducible y después, de la cifra obtenida se restará la cantidad que resulte de aplicar el porcentaje de coaseguro a cargo de cada asegurado.

También son contemplados los casos de deducible por familia. Cuando dos o más miembros de la familia asegurada sufren una misma enfermedad con un período de diferencia de hasta 30 días contados a partir de la fecha en que inició la primera enfermedad, se aplicará un solo deducible.

Por otra parte, dependiendo del producto y coberturas contratadas, la Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo, comprende **la cobertura de emergencias en el extranjero**, la que brinda protección a padecimientos cuyos síntomas y/o signos se manifiesten mientras el asegurado se encuentre viajando fuera de la República Mexicana.

Es de suma importancia, de haber acontecido cualquier enfermedad o accidente que pueda ser motivo de indemnización, que los asegurados notifiquen a la empresa aseguradora, dentro de los 5 días siguientes a su realización o manifestación, ya que de lo contrario la aseguradora estará facultada a limitar el monto de los gastos al nivel que les hubiera correspondido de haber recibido oportunamente la notificación. Asimismo, el asegurador se reservará el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos de los que se derive la reclamación.

E incluso en las Condiciones Generales existen situaciones que advierten a los beneficiarios de la póliza; por ejemplo, si el contratante, asegurado o sus dependientes económicos obstaculizaran, para que se lleve a cabo esa comprobación, el asegurador se liberará de cualquier obligación.

Ya que en ocasiones, se ha demostrado que tanto el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacer incurrir en error a la empresa aseguradora, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observa en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la información de que trata el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro⁸³.

Finalmente, cabe mencionar que la **edad máxima** de aceptación dentro de la Póliza de Gastos Médicos Mayores es de 64 años, **renovación** a los 69 años, y la **cancelación** será a los 70 años. Por lo tanto, la compañía se reservará el derecho de exigir en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los asegurados, ya que si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del asegurado se estuviera pagando prima inferior a la que correspondería por la edad real, la indemnización para ese asegurado, se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

Sí a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, el asegurador estará obligada a rembolsar la diferencia entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato, las primas ulteriores deberán ajustarse de acuerdo con esta edad.

4.1. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS EN LA PÓLIZA DE GRUPO.

La palabra **cobertura**, proviene del latín *coopetûra* que significa tapar o resguardar algo; también tenemos que se define como la acción de cubrirse, es decir, prevenirse de una responsabilidad⁸⁴.

⁸³ **Artículo 69.-** *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. Ley Sobre el Contrato de Seguros, México, Editado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 7.*

Ahora bien, para José de Jesús Martínez Gil, la **cobertura** es lo que la compañía aseguradora está cubriendo para el caso de que se presente un siniestro; su consecuencia es la indemnización⁸⁵.

De conformidad con el artículo 59 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora responderá de todos **los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo** cuyas consecuencias se hayan asegurado, a menos que el contrato excluya de una manera precisa determinados acontecimientos.

Al ser obligación de la compañía aseguradora suministrar un cuestionario al proponente del seguro, es ésta, como experta en la materia de los seguros, la que debe preguntar al proponente, todos los hechos o circunstancias que considera relevantes para la apreciación del riesgo.

Tenemos entonces que, la compañía de seguros con base a las manifestaciones hechas por el proponente, deberá señalar con toda precisión cuales son las exclusiones a las coberturas otorgadas, esto, para que tengan un valor jurídico, asimismo, deben ser redactadas en términos no equívocos, ya que en caso de duda se ha dicho que lo que no está claramente excluido está cubierto. En todo caso, la carga de la prueba de la exclusión correrá a cargo de la aseguradora.

Por su parte, en contraposición, las aseguradoras han establecido que todo lo no mencionado como gasto cubierto se considerará como gasto no cubierto. Por lo que a continuación se mencionan los padecimientos y gastos que generalmente cubren las aseguradoras, mismos que bajo la advertencia de que sean estrictamente necesarios para el tratamiento de un padecimiento cubierto, aclarando de antemano que hay una gran diferencia de productos como aseguradoras existen:

1. Pago de Ambulancia Terrestre.

⁸⁴ *Diccionario de la Real Academia Española*, p. 245.

⁸⁵ *José de Jesús Martínez Gil, Manual Teórico y Práctico de Seguros, México, Ed. Porrúa, p. 81.*

Consiste en el servicio terrestre de ambulancia que la compañía de seguros prestará al asegurado hacia y/o desde el hospital, siempre y cuando sea recomendado por el médico tratante.

2. Honorarios de Anestesiista.

Es el pago que realiza la compañía de seguros por los honorarios profesionales del anestesiista con un máximo del 30% del costo de los honorarios quirúrgicos.

3. Pago de Cirugía.

Es la cantidad que queda a cargo de la compañía aseguradora, por todas las atenciones prestadas al asegurado por parte de los cirujanos y ayudantes, hasta el límite establecido en la póliza contratada.

En cualquier caso se aplica como máximo la cantidad que se señala en el **catálogo de intervenciones quirúrgicas**, base de la póliza para cada operación.

4. Cuarto de Hospital.

Cuarto privado estándar y alimentos del paciente, incluyendo cama extra para un acompañante.

5. Enfermeras.

a) Dentro del hospital.

Honorarios de enfermera general o especializada, asignada por las funciones establecidas en el hospital.

b) Fuera del hospital.

Honorarios por visitas de enfermera, general o especial con un máximo de 3 turnos durante 30 días, siempre y cuando sean prescritas por el médico tratante.

6. Medicamentos fuera del Hospital.

Se cubrirán los medicamentos fuera del hospital, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se presente la nota de la farmacia junto con la receta.

7. Gastos de Oxígeno.

Gastos originados por consumo de oxígeno dentro del hospital, los originados por el consumo fuera del hospital sólo con la prescripción del médico tratante.

8. Padecimientos congénitos.

Quedan cubiertos los padecimientos congénitos que no se encuentren expresamente excluidos, en los siguientes casos:

a) Asegurados nacidos y reportados oportunamente durante la vigencia de la póliza.

Gastos por enfermedad congénita de los hijos de la pareja cubiertos desde su fecha de nacimiento y nacidos durante la vigencia del seguro, siempre y cuando la madre cuente con al menos 10 meses de cobertura continúa en la compañía de seguros.

b) Asegurados nacidos fuera de la vigencia de esta póliza.

Gastos por enfermedad congénita solo si sus primeros síntomas o signos aparecen o son diagnosticados cuando el asegurado:

1. Tiene más de 10 años de edad y,

2. Ha acumulado 2 años de cobertura continua en la compañía de seguros.

c) Asegurados cubiertos continuamente por cualquier compañía de seguros desde su nacimiento y cuya antigüedad haya sido reconocida por la nueva compañía de seguros.

9. Alteraciones Clínicas de los Recién Nacidos.

Gastos médicos por las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros, dichas alteraciones en su conjunto se considerarán como un solo evento.

10. Renta de equipo.

Los gastos por la renta de equipo de tipo hospitalario y aparatos ortopédicos.

11. Pago por Servicios de diagnóstico.

Exámenes de laboratorio y estudios de gabinete realizados por sintomatología previa, siempre y cuando sean indispensables para el diagnóstico o tratamiento de un padecimiento cubierto.

12. Pago de Suministros de Hospital.

Medicamentos, material médico, equipos anestésicos, sala de operaciones, sala de recuperación y curación,

13. Pago por Servicio de Terapias.

Servicio de terapia física, radioactiva o fisioterapia.

14. Gastos de Transfusiones.

Gastos de transfusiones de sangre, aplicación de plasmas, sueros u otras sustancias semejantes.

15. Visitas o consultas médicas.

Los honorarios por visitas o consultas médicas cuando el asegurado se viere precisado a someterse a tratamiento médico que no amerite cirugía, a razón de una diaria con máximo de 30 visitas. Las visitas post y pre-operatorias se cubrirán cada una de ellas una sola vez.

Como se puede observar de la anterior relación expuesta, los gastos médicos que los asegurados contratan con las empresas de seguros en la Póliza de Gastos Médicos Mayores Grupo, son cubiertos de manera

restringida, aplicando a cada uno de ellos los correspondientes límites máximos, porcentajes, especificaciones, que como se ha dicho deben señalarse de forma clara y precisa en la póliza contratada, ya que de lo contrario, todo gasto incurrido por el asegurado fuera de dichos límites se considerarán improcedentes para la empresa aseguradora.

4.1.1. EL PAGO DIRECTO: LOS PAGOS QUE REALIZA DIRECTAMENTE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS A MÉDICOS Y HOSPITALES DE SU RED MÉDICA O DE CONVENIO.

El **Sistema de Pago Directo**. Por este sistema de pago, la compañía de seguros **liquida directamente al hospital que se encuentre bajo convenio, los gastos médicos procedentes** que con motivo de un accidente o enfermedad haya sufrido el asegurado, quedando a cargo de éste los gastos no cubiertos, el deducible y el coaseguro correspondientes⁸⁶.

Para que el asegurado pueda hacer uso de este sistema, es necesario que la póliza deba estar pagada antes de la hospitalización, ya que de no ser así, se tendrá que manejar el sistema de pago por reembolso. Asimismo, en caso de que el pago de la prima se encuentre dentro del "Periodo de Gracia", la compañía de seguros no podrá autorizar el pago directo; esto es debido a que ante la declaración de improcedencia de la atención médica del accidente o padecimiento sufrido por el asegurado, lo más probable es que éste deje de pagar la prima respectiva. Es decir, el rechazo se hace por gastos no cubiertos o por exclusiones que la póliza contiene, no porque la compañía de seguros pretenda no pagar los siniestros en dicho "Periodo de Gracia".

Por lo general, dentro de este sistema de pago las compañías de seguros contemplan dos tipos de atención hospitalaria: a) La que se da de forma **programada**, y b) La que ocurre de manera **no programada**⁸⁷.

⁸⁶ Seguros Atlas, S.A., *¿Qué hacer en caso de siniestro?*, México, Seguros Atlas, S.A., 2009, pp. 4-7.

⁸⁷ AIG México, Seguros, *Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos Grupo y Colectivo*, México, AIG Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V., México, 2009 p. 27-30.

A) **ATENCIÓN HOSPITALARIA PROGRAMADA.** Para que este sistema se formalice es necesario que primero, el asegurado y su médico de convenio hayan decidido sobre la necesidad de los siguientes servicios:

- 1 **Hospitalización por Cirugía Ambulatoria.** Es el ingreso del asegurado al hospital o sanatorio de convenio, para un procedimiento quirúrgico de corta estancia, es decir de menos de 24 horas.
- 2 **Hospitalización por cirugía no ambulatoria.** Es la estancia continua mayor de 24 horas en un hospital o sanatorio de convenio, siempre y cuando el asegurado sea clasificado como paciente interno.
- 3 **Prestación de Servicios Médicos.** Son los estudios auxiliares de diagnóstico, servicios de laboratorios clínicos o de gabinete, proporcionados por los hospitales o sanatorios de convenio.

En segundo lugar, para la procedencia de la atención hospitalaria **programada**, la compañía de seguros debe otorgar por escrito al asegurado, la **autorización previa**; además a la solicitud de autorización, deberá acompañarse la presentación de los siguientes documentos:

- a) Informe Médico, Historia Clínica, así como la Solicitud de Internamiento Programado, documentos que son llenados en su totalidad por el médico tratante. Asimismo, debe llenarse un informe por cada médico que intervenga al asegurado, indicando claramente el nombre y tipo de estudio o, en su caso, tratamiento practicado (incluyendo para éste último, el número de sesiones de hemodiálisis, radioterapia, etc.).
- b) Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad llenado por el asegurado.

- c) Credencial de identificación o documento probatorio de la relación del asegurado con el Grupo asegurado.
- d) Todos los estudios de laboratorio y de gabinete que sirvieron de base para la elaboración del diagnóstico del padecimiento.
- e) Presupuesto desglosado por cada miembro del equipo médico o quirúrgico.

Toda esta documentación se entrega a la aseguradora, cuando menos diez (10) días naturales previos a la fecha programada para el internamiento y/o la realización de procedimientos auxiliares y de diagnóstico.

B) ATENCIÓN HOSPITALARIA NO PROGRAMADA. En el tipo de cirugía u hospitalización no programada, el asegurado Titular lleva a cabo el siguiente procedimiento:

- a) Al llegar al hospital, debe acudir al departamento de admisión para registrarse con su tarjeta de identificación vigente, para lo cual deberá acompañarse de una credencial oficial con fotografía.
- b) Verificar que el departamento de admisión haya reportado el ingreso al Centro de Atención Telefónica (CAT) de la aseguradora, para que éste lo ponga en contacto con el médico coordinador de la plaza.

Generalmente, personal del hospital solicita al asegurado firmar un pagaré, depósito en efectivo o boucher, el que tendrá que liquidar en caso de que no proceda el pago directo, ya sea que el padecimiento se encuentre fuera de cobertura o bien para cubrir el deducible y coaseguro correspondiente.

Posteriormente, el referido personal del hospital se comunica con la compañía de seguros, quien envía al nosocomio un médico asesor, para verificar la documentación a efecto de dictaminar si el padecimiento está cubierto por la póliza contratada.

Si el internamiento del asegurado es procedente, la compañía de seguros entregará la **orden de autorización de internamiento al hospital** en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas, ya sea vía fax o bien a través de la visita del médico dictaminador o coordinador de la plaza.

4.1.2. RECLAMACIÓN DE PAGO DE LOS GASTOS MÉDICOS MAYORES EFECTUADOS ANTE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

El Reembolso⁸⁸, es el sistema mediante el cual el asegurado recibe atención de médicos y hospitales que no están bajo convenio, y el pago de los gastos es realizado por el asegurado, para lo cual éste deberá presentar la documentación requerida ante la compañía de seguros, quién reintegrará a dicho asegurado, los gastos procedentes, descontando el Deducible y Coaseguro correspondientes. Este sistema de pago, procede para aquellos padecimientos o accidentes cubiertos por la póliza contratada. Bajo este sistema el asegurado debe presentar la siguiente documentación:

- a) Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente llenado y firmado por el asegurado, por lo que debe presentarse un aviso por cada Accidente o Enfermedad.

- b) Informe Médico e Historia Clínica llenados en su totalidad por el o los médico(s) tratante(s). Para este caso, debe llenarse un informe médico por cada médico que intervino al asegurado, así como indicar claramente el nombre y tipo de estudio o tratamiento que fue practicado.

⁸⁸ Seguros Atlas, S.A., *¿Qué hacer en caso de siniestro?*, México, Seguros Atlas, S.A., 2009, pp. 2-3.

c) Anexar los estudios de laboratorio y/o gabinete que le fueron practicados, cada uno de ellos incluyendo su interpretación o diagnóstico.

d) Todos los comprobantes y facturas de los gastos médicos deben ser a nombre del asegurado, tales como: honorarios médicos (señalando y desglosando cada concepto), facturas de hospitalización, estudios de laboratorio y/o de gabinete (con la correspondiente solicitud médica del estudio o estudios desglosados), medicamentos (con su receta anexa desglosando cada uno).

e) Todos los comprobantes deben ser originales y cumplir con los registros fiscales vigentes.

f) Credencial de identificación o documento probatorio de la relación del asegurado con el Grupo asegurado.

g) Si en caso de Accidente hubieren intervenido autoridades legales, deberán presentarse copias certificadas de la Averiguación Previa.

Cuando se presenten gastos y exista el antecedente de uno procedente ya reclamado, el asegurado deberá mencionar el número de reclamación asignado. En este caso el reembolso no tendrá la aplicación por concepto de Deducible, sin embargo el asegurado deberá pagar el Coaseguro contratado, cuando corresponda.

El pago procedente se determinará de la siguiente manera:

a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la carátula de la póliza contratada, condiciones generales y/o endosos específicos;

b) A la cantidad resultante de los gastos procedentes, se le descontará primero el Deducible, misma a la que posteriormente, se

aplicará el porcentaje estipulado por concepto de Coaseguro, cantidades que quedan a cuenta del asegurado, de acuerdo a los importes y porcentajes establecidos en la carátula de la póliza. Si los gastos son originados por un accidente cubierto y sobrepasan el Deducible contratado, no se aplicará Deducible ni Coaseguro. Para ser catalogado como Accidente, los primeros gastos médicos se deben realizar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente. Transcurrido este periodo se considerará como Enfermedad.

c) El Deducible se aplica una sola vez para cada evento cubierto.

c) Los gastos erogados por eventos procedentes ocurridos durante la vigencia de la póliza, se reembolsan hasta el agotamiento de la Suma Asegurada contratada.

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 del Seguro⁸⁹, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al asegurado o beneficiario, una indemnización por mora calculada, conforme al Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros⁹⁰, durante el lapso de mora.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización, siempre que el siniestro hubiese ocurrido en el Período de Gracia.

⁸⁹ **Artículo 71.-** *El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio. Ley Sobre el Contrato de Seguro, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p.7.*

⁹⁰ *Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, pp. 76-77.*

4.2. EXCLUSIONES GENERALES EN LA PÓLIZA DE GRUPO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

Las Exclusiones Generales son aquellos riesgos que de forma ordinaria y por decisión de la compañía de seguros no quedan cubiertos al amparo de la póliza contratada, de hecho como ya se mencionó, el artículo 59 de la Ley en la materia⁹¹, dispone que en el contrato de seguro los riesgos no cubiertos se deben excluir de manera precisa.

Asimismo, en caso de que exista duda sobre la exclusión del riesgo, se entenderá que éste se encuentra cubierto.

Al igual que las coberturas, la mayoría de las compañías de seguros tienen establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Gastos Médicos Mayores Grupo, una sección o capítulo dedicado a los **padecimientos o gastos** que en dicha póliza se encuentran **excluidos**; frecuentemente, las **Exclusiones Generales** se refieren ya sea a **padecimientos preexistentes**, mismos que por su naturaleza (el riesgo ya acaeció) no son aceptados por la empresa aseguradora; algunos son descartados de cobertura porque, tanto su tratamiento como sus complicaciones y consecuencias, son muy **costosos**; otros quedan fuera de la póliza debido a que tienen **un alto índice de ocurrencia**; e incluso existen algunos padecimientos que por ser **de propagación generalizada** entre la población, no son cubiertos, ya que su tratamiento representaría un gran desembolso para las aseguradoras; y aun, encontramos tratamientos que igualmente son dispendiosos, y que no necesariamente son resultado de prescripción médica, sino son de cuestión estética, e incluso de alto riesgo de los que las compañías aseguradoras difícilmente se comprometerían a asegurar.

1. Riesgos no cubiertos.

⁹¹ *Ley Sobre el Contrato de Seguro, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 6.*

- a) Salvo pacto expreso en contrario, se excluye a las personas que no cumplan con los límites de admisión en el seguro, que por lo general son de 30 días a partir del nacimiento, a 65 años de edad, pudiendo ser renovado hasta los 69 años, y cancelándose en el aniversario inmediato posterior a la fecha en la que el asegurado cumpla la edad de 70 años.
- b) Enfermedades o accidentes que se originen por practicar o participar en:
- b. 1) Servicio Militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
 - b.2) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el asegurado o la riña.
 - b.3) Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.
 - b.4) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.
 - b. 5) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
 - b. 6) Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
 - b. 7) Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la ejecución o práctica de box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial. Se excluyen dichas lesiones sin importar la circunstancia o modalidad bajo la cual hayan sido ejecutadas o realizadas tales actividades.
- c) Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de salud.
- d) Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radioactivas.
- e) Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.

2. Gastos excluidos a consecuencia de:

- a) Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.

- b) Padecimientos preexistentes, hayan sido declarados o no, excepto los específicamente cubiertos.**

- c) Enfermedades congénitas no especificadas como cubiertas.**
- d) Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos como CHECK-UPS.

- e) Tratamiento médico de amigdalitis.

- f) Embarazo, aborto, legrados uterinos, partos normales, partos anormales, partos prematuros o cualquier otra complicación derivada de ellos, excepto lo específicamente cubierto.

- g) Cirugías o tratamientos para control de la natalidad.

- h) Cirugía o tratamiento médico de: endometriosis, esterilidad o infertilidad.**

- i) Cirugía plástica o estética excepto a consecuencia de accidente cubierto.
- j) Tratamiento de trastornos de la personalidad, emocionales o mentales que no sean derivados directamente de una alteración órgano-funcional así como cualquiera de sus consecuencias.

- k) Intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas.

- l) Tratamiento de alcoholismo o toxicomanía.

- m) Adquisición de aparatos auditivos, lentes de contacto o anteojos.

- n) Cirugía o tratamiento médico para corregir defectos de refracción (salvo lo expresamente cubierto).
- o) Tratamientos de calvicie u obesidad.
- p) **Cirugía o tratamiento médico de estrabismo, excepto para aquellos asegurados que han estado cubiertos por la póliza desde su nacimiento.**
- q) Enfermedades ocasionadas por los efectos del alcohol o enervantes.
- r) Tratamiento para corregir hallux valgus.
- s) Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel, conocidas como lunares o nevus.
- t) Tratamiento dental, maxilar, alveolar o gingival cualquiera que sea su origen, excepto aquellos que sean como consecuencia de accidente no excluido en este contrato.
- v) Tratamiento médico del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- w) Envenenamiento de cualquier naturaleza, salvo que haya sido ocasionado por accidente.
- x) Inhalaciones de gas de cualquier clase, salvo que haya sido ocasionado por accidente.
- y) Cualquier tipo de cirugía o tratamiento médico realizados por quiéropáticos o acupunturistas, a excepción de aquellos casos en que dicho tratamiento haya sido prescrito por el médico tratante.

- z) Cualquier gasto a consecuencia de cirugía o tratamiento médico que no sea proporcionado por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad o, en caso de que estén autorizadas, tales personas sean familiares directos del asegurado o estén expresamente excluidos en la póliza.

4.2.1. LA PREEXISTENCIA.

Dado el carácter aleatorio que distingue al contrato de seguro, su objetivo es proteger bienes humanos o bienes materiales de posibles daños futuros, que en un momento dado, determinados **riesgos** pueden ocasionar; por eso se ha definido al **riesgo** como “un **acontecimiento futuro e incierto** cuyas consecuencias son dañosas respecto a las personas o respecto a sus bienes”⁹². No obstante, al sobrevenir el siniestro, es decir, al ser afectados los bienes, humanos o materiales, la compañía de seguros tiene la obligación de **resarcir** los daños ocurridos, evitando con ello el afectado, el advenimiento de un desequilibrio económico en su patrimonio familiar.

En ese orden de ideas, tenemos en primer lugar, que el contrato de seguro, se constituye de la existencia de un **riesgo**, que posiblemente ocurra en el futuro, y que de ser así ocasionará daños en un sujeto, y en segundo lugar, de un sistema que opera para **resarcir** los daños que hubiesen acaecido. Sin embargo, cuando existen riesgos ya sobrevenidos y que son anteriores al contrato de seguro, el asegurador indudablemente procederá a declinar la indemnización que debiera corresponder.

En el terreno de los seguros de gastos médicos mayores, tenemos que al celebrarse un contrato de seguro de gastos médicos las aseguradoras, **están cubriendo padecimientos que posiblemente acontezcan**, y **no padecimientos que ya están actualizados**, es decir, enfermedades que ya se hubieran contraído **antes** de la celebración de dicho contrato.

⁹² Octavio G. de Jesús Sánchez Flores, *La Institución del Seguro en México*, México, Ed. Porrúa, 1ª edición, 2000, p. 186.

En ese orden de ideas, resulta que la cobertura de padecimientos en la Póliza de Seguros de Gastos Médicos Mayores Grupo va en el sentido de cubrir todo acontecimiento que sea posible, contingente y futuro.

- a) El padecimiento deberá ser **posible**, ya que de lo contrario no será considerado como riesgo
- b) La enfermedad deberá ser **contingente**, o sea, de realización incierta, por lo que todo padecimiento que sea **aleatorio** será cubierto; y,
- c) La enfermedad deberá ser **futura**, es decir, que antes de la contratación de la póliza el padecimiento no debe de haber acontecido, para efectos de cobertura por dicha póliza.

Lo anterior quedó establecido por el artículo 45 del ordenamiento en la materia, que **a contrario sensu** dispone, que para la **validez** del contrato de seguro, es necesario que **el riesgo exista** y el **siniestro no se haya realizado**⁹³.

Ahora bien, veamos la opinión que sobre el particular falló el **Primer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito**, opinión ésta en la que se hace un análisis de los padecimientos preexistentes, el sentido de **aleatoriedad** que en este tipo de padecimientos se debe de considerar, cuya esencia es propia del contrato de seguro, y la diferencia que encontramos en aquellos padecimientos que por sus características se deben considerar como **actualizados**:

“Cuando en un contrato de seguro de gastos médicos se estipula que la aseguradora no está obligada a pagar cualquier gasto que resulte del tratamiento médico o quirúrgico de padecimientos existente en la fecha de la expedición de la póliza, esto claramente significa que se

⁹³ Ley Sobre el Contrato de Seguro, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 4.

están asegurando posibles riesgos futuros, es decir, riesgos que pudieran darse o no. Y cuando se trata de un padecimiento que ya existía antes del contrato, es claro que se trata de un siniestro ya actualizado y no de un riesgo aleatorio futuro. En consecuencia, no podría aceptarse la interpretación que sostiene que sólo quedan excluidos del seguro los padecimientos preexistentes que dolosamente ocultó el asegurado a la asegurada, pues no se trata aquí de sancionar ese posible dolo, sino de establecer el contrato, por su esencia sobre riesgos futuros aleatorios y no sobre riesgos actualizados previamente. Es decir, lo aleatorio del contrato debe depender de circunstancias objetivas, y no de conocimientos subjetivos de aquellas circunstancias. Sin embargo, cabe decir que sería una interpretación demasiado rigorista de la cláusula la que eliminase de cobertura cualquier gasto ocasionado por un padecimiento que tuviera su origen con anterioridad a la expedición de la póliza. Es posible que un padecimiento congénito permita a quien lo padece vivir normalmente, sin crearle mayores problemas médicos o quirúrgicos. Y es posible que un padecimiento de esa naturaleza, por cualquier eventualidad posterior al contrato, adquiera características que hagan necesario su tratamiento médico. Es decir, si bien es cierto que hay padecimientos congénitos o anteriores al contrato que ya desde antes de su celebración requerían intervención médica, también lo es que, en principio, es posible pensar en padecimientos congénitos o en padecimientos surgidos, en forma embrionaria, remota y potencial, con anterioridad al seguro, pero que ninguna intervención médica requerían o requirieron con anterioridad, y estos padecimientos, por cualquier causa, se recrudecieron o manifiestan con posterioridad a la expedición de la póliza, sería inícuo excluirlos de su protección. Sería absurdo, en opinión de este Tribunal exigir que las enfermedades aseguradas hayan surgido en su absoluta totalidad de elementos o causas posteriores a la póliza, sin influencia de elementos o debilidades, o padecimientos orgánicos existentes con anterioridad. Luego en estos casos debe entenderse que son padecimientos existentes en la fecha de expedición de la

póliza sólo aquellos que ya en esa fecha requerían intervención médica o quirúrgica o la iban a requerir en forma inminente, independientemente de que las partes lo supieren o no, e independientemente de que se hubieran dejado de comunicar a la aseguradora dolosamente o no. Y el examen médico que la aseguradora puede o debe hacer a los asegurados, no tiene otro objeto que determinar los posibles padecimientos futuros que aparecerán por las condiciones físicas o de salud del asegurado. Y si la aseguradora no efectúa ese examen tendrá que responder de todos los siniestros que se actualicen con posterioridad, en los términos señalados en el párrafo que antecede”⁹⁴.

De la anterior tesis jurisprudencial, tenemos los siguientes puntos:

- a) El aseguramiento va dirigido a posibles **riesgos futuros**, riesgos que puedan darse o no.
- b) Todo padecimiento que ya existe antes de la celebración del contrato, es un **riesgo actualizado**.
- c) Pero, no todos los padecimientos que tuvieron su origen con **anterioridad a la expedición de la póliza** deben ser excluidos, debido a que una enfermedad (como las congénitas) permita a quien las sufre vivir normalmente, sin necesidad de atención médica; siendo posible que por cualquier eventualidad posterior al contrato esos padecimientos adquieran características que hagan necesario su tratamiento médico.
- d) En efecto, sólo **deberían quedar excluidos de la protección de la póliza aquellos padecimientos que ya desde antes de la**

⁹⁴ *PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO, SEGURO DE GASTOS MÉDICOS. PADECIMIENTOS ANTERIORES*, Amparo en Revisión 517/76. Álvaro Ian Rodríguez Hanzin, 19 de octubre de 1976. Unanimidad de votos. Ponente: Guillermo Guzmán Orozco. Séptima Época. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente: *Semanario Judicial de la Federación*. Tomo 91-96 Sexta Parte. Página 197.

celebración del contrato de seguro requerían de intervención médica, más no aquellos padecimientos que siendo **congénitos o que hayan surgido de forma embrionaria** con anterioridad al seguro, sin que hubieran requerido de atención médica, y sin que se hubieran recrudecido o manifestado con posterioridad a la expedición de la póliza. Por lo que sería injusto excluirlos de su protección.

- e) Por lo tanto, es imposible exigir que las enfermedades cubiertas hayan surgido en su absoluta totalidad de elementos o causas posteriores a la póliza, sin influencia de debilidades orgánicas con anterioridad.

Frente a la anterior opinión, encontramos que las compañías de seguros consideran dentro de sus Condiciones Generales y Endosos correspondientes, que todo **Padecimiento Preexistente**, es aquel que antes de la celebración del contrato presenta una o varias de las siguientes características:

- a. Que los **síntomas y/o signos del padecimiento se hayan manifestado antes de la fecha de alta del asegurado** dentro de la póliza; y,
- b. Que del padecimiento se haya realizado **un diagnóstico médico previo a la fecha de alta del asegurado**; y,

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, resultan dos puntos fundamentales:

- a) Tanto el criterio de los tribunales, como el de las compañías de seguros, están de acuerdo en que los padecimientos que deben quedar excluidos de cobertura, son aquellos que por sus síntomas se han manifestado y requieren de un

tratamiento médico o quirúrgico previo a la expedición de la póliza; y,

- b) Sin embargo, en opinión de los tribunales no todos los padecimientos deben ser excluidos, ya que si éstos en un momento dado permiten a quienes los sufren vivir normalmente, sin necesidad de atención médica, pero, es posible que por cualquier eventualidad posterior al contrato esos padecimientos adquieran características que hagan necesario su tratamiento médico.

Por lo que sabemos que para las empresas aseguradoras en todo tiempo las enfermedades deben de estar plenamente cubiertas bajo las Condiciones Generales, Especiales y/o Endosos respectivos, ya que en todo caso quedarán excluidas de pago.

4.2.2. EXCLUSIONES POR GASTOS INCURRIDOS A CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS PREEXISTENTES, HAYAN SIDO DECLARADOS O NO, EXCEPTO LOS ESPECÍFICAMENTE CUBIERTOS.

Como ya se mencionó en el inciso 4.2, las exclusiones son los riesgos que la compañía de seguros decide relegar de manera precisa de la póliza de seguro, ya sea por medio de las **Exclusiones Generales**, o bien, por medio del **Endoso de Exclusión de Padecimientos**. Ahora veremos como las empresas aseguradoras excluyen de forma particular los **padecimientos preexistentes**.

Las compañías de seguros han establecido en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo, los criterios que de forma general utilizan para **excluir un padecimiento preexistente**, como a continuación se indica:

- a) **Declaración de existencia de un padecimiento preexistente.**
Para efectos de contratación de la Póliza de Seguro de Gastos

Médicos Mayores Grupo, la compañía entrega al asegurado **la Solicitud relativa y el Cuestionario para Seguro sin Examen Médico**; en el primero de estos documentos se contiene las características del miembro para pertenecer al Grupo asegurable, y el segundo es un formulario compuesto de preguntas que van encaminadas a que el propio asegurado proporcione a la institución de seguros, la información suficiente de las condiciones pasadas y actuales en que se encuentra su salud, su historia familiar respecto de padecimientos que las pólizas de seguro no cubren, como la diabetes, el cáncer, la epilepsia, o la demencia; enfermedades excluidas relativas al aparato respiratorio, digestivo, circulatorio, y algunas preguntas dirigidas a conocer si el asegurado ha sufrido o sufre de padecimientos muy comunes como la artritis, afecciones de los ojos, o hemorragias, o bien, en particular para la mujer, preguntas sobre enfermedades de los senos, la matriz, o relacionadas con el embarazo, e incluso se le solicita al miembro del Grupo Asegurable, que mencione el nombre de su médico familiar.

En efecto, debido a que el asegurado proporciona a la Institución de Seguros la información relativa a su estado de salud, y si esta determina que en tal información existen síntomas o signos de una enfermedad, la Institución emitirá junto con la póliza de seguro, el **Endoso de padecimientos** por el cual quedan **excluidos** los siniestros causados directa o indirectamente por enfermedades, desórdenes, lesiones, operaciones, complicaciones y/o tratamientos relacionados con el **padecimiento declarado por el asegurado**, y que por lo tanto se trata de un **padecimiento preexistente** para la Institución Aseguradora.

b) **Diagnóstico de un padecimiento preexistente en expediente médico**. En todo momento, cuando el asegurado solicita autorización para una atención hospitalaria programada, o en su caso, el pago de los gastos médicos erogados vía reembolso, la compañía de seguros le requerirá a su vez de los documentos correspondientes, para su

análisis, y en su caso, su procedencia. Como se ha señalado esos documentos son el Informe Médico, la Historia Clínica, así como la Solicitud de Internamiento Programado, mismos que son elaborados totalmente por el médico tratante. Por lo general, este tipo de documentos indican claramente el nombre y tipo de estudio o, en su caso, tratamiento practicado a que ha sido sometido el asegurado (incluyendo el número de sesiones). A éstos acompañan el Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad llenado por el asegurado.

Del el análisis de los documentos que **los especialistas del asegurador** realizan, éstos suelen encontrar diagnósticos médicos de padecimientos sufridos por los asegurados, antecedentes de tratamientos médicos a que éstos se han sometido, e incluso intervenciones quirúrgicas a que han sido sujetos, y que son anteriores a la expedición de la póliza, y si al momento del cotejo correspondiente con los referidos documentos se no se pudieran relacionar de forma directa o indirecta con los padecimientos declarados, bastara para que la Institución aseguradora determine que se trata de **padecimientos preexistentes no declarados**. Es decir, enfermedades que el asegurado omitió declarar en la solicitud de la póliza de seguro.

c) **Estudios de Laboratorio y de Gabinete**. No sólo mediante el análisis de los documentos a que se ha hecho referencia sirven a la compañía de seguros para que conozca de los padecimientos que considera son anteriores a la expedición de la póliza, sino que también, otros como los Estudios de Laboratorio y de Gabinete que le son solicitados al asegurado para el trámite de pago, suelen arrojar información respecto de la presencia de **padecimientos preexistentes**.

d) Cuando la aseguradora cuenta con **Pruebas Documentales** de que el asegurado ha efectuado **gastos** para recibir algún diagnóstico de una enfermedad, **puede solicitar al asegurado el resultado de la**

diagnosis correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para confirmar si concurre o no, un **padecimiento preexistente**, el cual en su caso excluirá de cobertura.

e) Finalmente, el asegurador investiga si previamente a la celebración del Contrato, el asegurado ha hecho **gastos, comprobables documentalmente**, para recibir un **tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento** del que reclama pago de gastos médicos, para los efectos correspondientes.

Al asegurado que se haya sometido a examen médico pedido por la compañía de seguros, no podrá aplicársele en ningún caso la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, siempre y cuando no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

4.3. ENDOSO DE COBERTURA DE PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

No obstante que en este tipo de **Endosos de Cobertura de Padecimientos Preexistentes**, se indica que en ellos se hace constar que la póliza cuenta con la cobertura de preexistencia, lo cierto es que en dichos endosos las compañías aseguradoras otorgan cobertura para **padecimientos que no son preexistentes**; más bien lo que ocurre es que la obligación de pago de los gastos médicos y hospitalarios se sujeta básicamente al cumplimiento del asegurado con el periodo de espera señalado en el Cuadro de Especificaciones respectivo.

Usualmente los aseguradores excluyen de los referidos endosos de cobertura de padecimientos preexistentes, los siguientes casos:

a) Todos los gastos derivados de padecimientos preexistentes por los cuales el asegurado haya o hubiera podido reclamar a alguna compañía de seguros.

b) Todos los gastos erogados antes de cumplir con el periodo de espera señalado en el Cuadro de Especificaciones de la póliza, para hacer efectiva la cobertura de este endoso.

c) Los Padecimientos Congénitos.

Ahora bien, es importante señalar la forma en que las empresas de seguros reconocen los años de **cobertura continua** que los asegurados han llegado a cumplir, tanto en la actual compañía, como en las anteriores, ya que de ello depende para que el asegurador considere el tiempo de espera cumplido para los padecimientos cubiertos bajo este endoso.

Dentro de los padecimientos más comunes, que tienen cobertura en las pólizas de este tipo de seguro, con **periodo de espera y cobertura continua**, encontramos:

2 AÑOS DE COBERTURA CONTINUA PARA:

a) La cirugía o tratamiento médico de eventraciones como resultado de operaciones practicadas antes de la vigencia de la póliza.

b) La cirugía o tratamiento médico de hernias.

c) Cualquier padecimiento ano-rectal, hemorroidectomías, abscesos o fisuras.

d) Cualquier padecimiento ginecólogo no excluido, prolapsos, cualquier operación reconstructiva del piso perineal, tumoraciones mamarias, miomectomías o histerectomías.

e) Amigdalectomías o adenoidectomías.

f) Operaciones de nariz, incluidos senos paranasales; con el deducible estipulado en el cuadro de especificaciones y coaseguro del 50%. Si

la operación es a consecuencia de un accidente cubierto no se aplicará período de espera, deducible, ni coaseguro.

g) Insuficiencia venosa o várices de miembros inferiores

3 AÑOS DE COBERTURA CONTINUA PARA:

a) La cirugía o tratamiento médico de Cifosis, Lordosis o Escoliosis.

5 AÑOS DE COBERTURA CONTINUA PARA:

a) Queratomileusis: Los gastos médicos y hospitalarios derivados del procedimiento quirúrgico. Se aplicará el deducible estipulado en el cuadro de especificaciones y un coaseguro del 50%.

Finalmente, cabe agregar que ya se ha hecho referencia en el inciso 4.1 de este mismo capítulo, sobre la cobertura de gastos médicos en la póliza de grupo, tanto para los padecimientos congénitos⁹⁵, como para las alteraciones clínicas de los recién nacidos.

⁹⁵ **Enfermedad Congénita.** Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período gestacional y den origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento. Seguros Atlas, S.A., Condiciones Generales de la Póliza de Gastos Médicos Mayores, México, Seguros Atlas, S.A., 2009, p. 12.

CAPITULO V

LA FORMALIZACIÓN DE RECLAMACIONES ANTE LA EMPRESA ASEGURADORA Y LA DETERMINACIÓN DE IMPROCEDENCIA POR PADECIMIENTOS PREEXISTENTES. RESOLUCIÓN POR LAS DISTINTAS INSTANCIAS COMPETENTES.

5.1. PRESENTACIÓN DEL RECLAMO ANTE EL ÁREA DE SINIESTROS DE GASTOS MÉDICOS DE LA EMPRESA ASEGURADORA.

En el capítulo anterior, ya fue explicada la forma como se tramita el pago de los gastos médicos en este tipo de pólizas; una vez que haya sido procedente la reclamación, la compañía de seguros realizará el **pago directo** al hospital y al médico tratante de los gastos incurridos, siempre y cuando los prestadores de servicios se encuentren bajo convenio con dicha compañía de seguros, o bien, realizará el pago por **reembolso** al asegurado por los **gastos médicos** que éste erogó con motivo de una enfermedad o accidente sufridos por él.

Para **determinar la procedencia de las reclamaciones** que los asegurados le presentan a la Institución de Seguros, ésta deberá efectuar un análisis de los documentos expedidos por la atención médica prestada al asegurado afectado, mismos que comprenden el Informe Médico, la Historia Clínica, la Solicitud de Internamiento, el Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad; estos documentos vienen a formar el **expediente clínico** que corresponde al padecimiento por el que se requiere el pago, para descartar que en ellos no exista un **diagnóstico de enfermedad preexistente**; de hecho lo que se realiza es la confrontación de los referidos documentos con aquellos otros que obran en los archivos del asegurador⁹⁶.

⁹⁶ *Por lo que respecta a los documentos que las compañías de seguros utilizan para la formalización del trámite de reclamación es conveniente señalar en este momento lo que dispone el artículo 36: "Las instituciones de seguros al realizar su actividad deberán observar los siguientes principios: fracción IV. Indicar de manera clara y precisa, en la documentación contractual de las operaciones de seguros y la relacionada con estas, el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias, o deducibles y cualquier otra modalidad que se establezca en las coberturas o planes que ofrezca la institución de seguros así como los derechos u obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios. De igual manera, se deberá procurar claridad y precisión en la comunicación individual o colectiva que por cualquier medio que realicen las instituciones de*

En ese orden de ideas, la compañía aseguradora encargará a su **Área de Siniestros de Gastos Médicos**, la revisión de los referidos documentos del **expediente clínico** junto con el Cuestionario para Seguro sin Examen Médico, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, las Condiciones Especiales, el Cuadro de Especificaciones, el Listado de Asegurados, y la Tarjeta de Identificación. Cabe agregar al respecto, que por lo general en las compañías de seguros **el área de siniestros cuenta con peritos y especialistas en materia de medicina** para efectos del análisis y determinación de procedencia de las reclamaciones presentadas por los asegurados; estas áreas están en constante capacitación en las distintas ramas de la ciencia médica.

Para determinar su fallo, los expertos de la compañía de seguros examinarán los documentos referidos a la luz de las **Condiciones Generales y Endosos de exclusión de padecimientos**, inspeccionando cuál es la enfermedad por la que se reclaman los gastos médicos, así como particularmente cuales son los síntomas y/o signos que de esa enfermedad se manifestaron, y sobre todo que dichos síntomas y/o signos no se hayan presentado antes de la celebración del Contrato de Seguro, ya que en todo caso, en opinión del área médica, se tratará de un **padecimiento calificado como preexistente**, declarado o no en el **Cuestionario para Seguro sin Examen Médico**, y que forma parte de la póliza. Asimismo, los analistas del asegurador revisarán que el padecimiento sufrido por el asegurado no tenga ninguna relación con un **diagnóstico médico de padecimiento, o que tengan relación, directa o indirecta, con las complicaciones de ese padecimiento anterior** a la expedición de la póliza.

Como siguiente paso, el área médica revisa el expediente clínico bajo las **Exclusiones Generales** de la póliza, concretamente en este caso sobre las **Exclusiones relativas a padecimientos preexistentes**, que como ya se dijo, son aquellos riesgos que la compañía de seguros no esta dispuesta a

seguros, con sus asegurados, contratantes, beneficiarios o con el público en general”., *Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, México, Editado por Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010 p. 31.*

otorgar cobertura, por tratarse de padecimientos que por sus características son de **larga evolución, degenerativos⁹⁷, o bien padecimientos congénitos.**

En las **Condiciones Especiales**, y el **Cuadro de Especificaciones** que corresponden a la póliza del reclamante, se inspecciona si existen coberturas adicionales relacionadas con el padecimiento por el que se reclaman los gastos ocasionados, así como el **tiempo de espera** para el padecimiento en cuestión, ya que si tal tiempo de espera no se ha cumplido, el **padecimiento** se considerará como **preexistente**.

Ya que el **Endoso de Exclusión de Padecimientos** elimina de cobertura las enfermedades declaradas por el propio asegurado, por lo que los peritos de la compañía de seguros al examinar este documento, tienen cuidado de que no exista relación alguna entre la enfermedad sufrida y otras enfermedades, lesiones, operaciones, complicaciones y/o tratamientos conexos con el padecimiento excluido por el susodicho endoso, ya que de lo contrario, el reclamo de pago se determinará improcedente. Por lo tanto, en este caso se trata de un **padecimiento declarado por el asegurado**, el cual junto con sus complicaciones está excluido, es decir, que no se encuentra cubierto al amparo de la póliza contratada, y que en consecuencia se trata de un **padecimiento preexistente**.

De lo anteriormente señalado, resulta que el examen de la documentación que acompaña a la solicitud de pago de los gastos médicos y hospitalarios, es definitivo para la determinación de la procedencia de pago, o en su caso, del rechazo de indemnización por tratarse de improcedencia de exclusión de **padecimientos preexistentes**, conforme a lo establecido en las Condiciones de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo.

⁹⁷ Se conoce como *enfermedad degenerativa* a un desequilibrio en los mecanismos de regeneración, los cuales se originan por la alteración anatómica y funcional de los tejidos de cualquier órgano, aparato o sistema del organismo. Un ejemplo muy claro de este tipo de enfermedades es el infarto del

Finalmente, la investigación de documentos se dirige a los **Estudios de Laboratorio y de Gabinete** practicados al asegurado afectado con motivo del padecimiento que éste sufriera, e incluso se indaga sobre sus visitas o consultas médicas, o por cualquier otro medio reconocido por el que se determino el diagnóstico correspondiente, con el fin nuevamente de comprobar que la enfermedad **no se encuentre excluida por preexistencia**; no obstante, que en caso de que aparezca alguna duda sobre el particular, el **Área de Siniestros** puede solicitar la opinión clínica del caso concreto, para que finalmente, se emita el **dictamen respectivo**, en el que se determinará si el reclamo es procedente, ya que en caso contrario, se entenderá que es un rechazo de pago de los gastos médicos reclamados, y por lo tanto, dicho dictamen deberá ser fundamentado, en todo caso, la institución de seguros entregará "**Carta Rechazo**", indicando **el motivo de la improcedencia**. Una vez que el área de siniestros de la aseguradora determina la improcedencia del pago, la situación se torna difícil, sobre todo cuando se trata de un padecimiento que las compañías de seguros consideran que ya existía antes del contrato, y aunque no había requerido de atención médica pero que se agravó con posterioridad, para ellas no se trata de un riesgo aleatorio futuro.

No obstante que la compañía de seguros ha establecido que la reclamación de pago por los gastos médicos erogados, es improcedente, debido a que se trata de un padecimiento **preexistente**, el asegurado cuenta con la elección de presentar escrito ante la Unidad Especializada de atención a Usuarios de servicios financieros de la Institución de Seguros, o bien acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de Servicios Financieros (Condusef) para efectos de reconsideración del referido reclamo o la confirmación de la improcedencia.

5.2. RECONSIDERACIÓN DE LA RECLAMACIÓN ANTE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS: CONFIRMACIÓN DEL RECHAZO, O SU PROCEDENCIA.

miocardio, que se debe a una falta de riego y por tanto del oxígeno en una porción del corazón por obstrucción de una arteria coronaria. http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_degenerativa.

La **Unidad Especializada** es una área de atención organizada al interior de cada Institución Financiera⁹⁸, cuyo objeto es **atender las Consultas y Reclamaciones** que los Usuarios⁹⁹ le presentan; el Titular de la Unidad Especializada debe contar con facultades para representar y obligar a la institución al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se brinde a dichas consultas y reclamaciones, asimismo cuenta con personal en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas, para dar cumplimiento con lo previsto en el artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros¹⁰⁰.

Las consultas y reclamaciones que los Usuarios dirigen a las Unidades Especializadas, pueden ser presentadas a través de los siguientes medios de acceso:

- a) Atención Telefónica;
- b) Por Escrito;
- c) En Forma Personal; o bien,
- d) Por Medios Electrónicos o Fax.

⁹⁸ De conformidad con la fracción IV del artículo 2º de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, se entiende por Institución Financiera: "...en singular o plural, a las sociedades controladoras, instituciones de crédito, sociedades financieras de objeto limitado, sociedades de información crediticia, casas de bolsa, especialistas bursátiles, sociedades de inversión, almacenes generales de depósito, uniones de crédito, arrendadoras financieras, empresas de factoraje financiero, sociedades de ahorro y préstamo, casas de cambio, **instituciones de seguros**, sociedades mutualistas de seguros, instituciones de fianzas, administradoras de fondos para el retiro, empresas operadoras de la base de datos nacional del sistema para el ahorro para el retiro, y cualquier otra sociedad que requiera de la autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público o de cualesquiera de las Comisiones Nacionales para constituirse y funcionar como tales y ofrecer un producto o servicio financiero a los Usuarios. Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, México, Comisión para la Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, Condusef, 2007, pp. 1-2.

⁹⁹ "Usuario, en singular o plural, la persona que contrata, utiliza o por cualquier otra causa tenga algún derecho frente a la Institución Financiera como resultado de la operación o servicio prestado.", Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, México, Comisión para la Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, Condusef, 2007, p. 1.

¹⁰⁰ Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, México, Comisión para la Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, Condusef, 2007, pp. 19-20.

Una vez que el asegurado ha presentado una consulta o reclamación ante la Unidad Especializada, ésta deberá responder por escrito al Usuario dentro de **un plazo que no excederá de treinta días hábiles**, contado a partir de la fecha de recepción de dichas consultas o reclamaciones. Cabe agregar al respecto, que **es en perjuicio del Usuario que la legislación conceda tanto tiempo a las Instituciones Financieras para responder por escrito a los reclamantes**, sobre todo porque en caso de que la Unidad Especializada ratifique la improcedencia de la reclamación, como se verá más adelante, ésta siempre resultará en una práctica dilatoria por parte de la compañía.

Por otra parte, tenemos que el Titular de la Unidad Especializada, deberá presentar un **Informe Trimestral** ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, Condusef¹⁰¹, relacionado con las consultas y reclamaciones que los Usuarios le han presentado diferenciado por producto, señalando la causa o motivo de la queja, el monto de lo reclamado, indicando a su vez, si la inconformidad se resolvió a favor de la Institución de seguros, o a favor del Usuario. La Institución financiera, está obligada a rendir dicho informe en el **Registro de Información de Unidades Especializadas, el Reune**, mediante el formato que propone la Condusef en su página de internet.

El Reune, es un sistema de información que facilita a las Instituciones Financieras cumplir con lo dispuesto en la fracción V del artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de servicios financieros. Para utilizar el Reune, la Institución Financiera debe contar con un registro de usuario y una clave de acceso al sistema, ambos son asignados una vez que el director general o apoderado legal de la compañía aseguradora informe a la Condusef acerca de la designación del Titular de la Unidad Especializada.

El Reune, se integra por seis módulos en los cuales se realiza la captura de Consultas y Reclamaciones desglosadas por producto, causa y

¹⁰¹ *Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, México, Comisión para la Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, Condusef, 2007, pp. 22-24.*

entidad federativa. Este sistema emite el “Acuse de Recibo” de forma automática, reconociendo al mismo tiempo que la Institución Financiera ha cumplido con la obligación prescrita¹⁰².

Asimismo, el citado artículo 50 Bis de la Ley en comento, señala que la presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspende la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar; al respecto cabe señalar que los Usuarios de servicios financieros, cuentan con un plazo de dos años contados a partir de que ocurra el hecho que les dio origen, para presentar sus reclamaciones ante la Unidad Especializada para evitar la prescripción correspondiente, tal y como ordena el artículo 65 de la referida Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; sin embargo, en ese mismo artículo, dicha Ley preceptúa que, además, el plazo de interrupción podrá en su caso correr, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario, hecho este último que no compartimos, tal y como se verá en el inciso 5.3.2 infra siguiente.

Cabe aclarar que tanto el artículo 50 Bis, como el citado artículo 65, dejan a elección del usuario elegir entre la Unidad Especializada o la Condusef para presentar su **consulta** o **reclamación** relativas. Sin embargo, lo que en la práctica sucede, es que al acudir el reclamante ante esa Comisión, los asesores de esta entidad pública, se percatan que muchas veces la problemática se puede resolver en la Unidad Especializada de la Institución de Seguros, sin tener que llegar al procedimiento de conciliación, sobre todo cuando el monto de la reclamación es de mínima cuantía, no obstante que, en algunos casos y por diversas situaciones el Usuario prefiere presentar su reclamación ante la Condusef.

Ahora bien, **una consulta** es la asistencia brindada por la Institución Financiera a sus asegurados, la que tiene por objeto resolver dudas e imprecisiones de carácter técnico o jurídico referentes a los productos y

¹⁰² Cfr. www.condusef.gob.mx. y Cfr. www.condusef.gob.mx/index.php/unidades-especializadas/465.html.

servicios que ofrece. En ocasiones el motivo por el que se presentan **consultas** de Pólizas de Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo, se debe a que los asegurados terminan su relación de trabajo con el contratante de la póliza, es decir, con su patrón, y al ya no contar con la prestación laboral del seguro, son separados del grupo asegurado, en términos de las Condiciones Generales de la póliza, y al no presentar su solicitud por escrito, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de separación de dicho grupo asegurado, o bien al no pagar la prima correspondiente, debido a que el contratante solicita junto con la baja la devolución de primas, por lo tanto, los asegurados quedan fuera de toda cobertura, situación de la que con posterioridad se entera de ello, y entonces los usuarios quedan expuestos a enfrentar el pago de los gastos médicos por la atención de una enfermedad.

No obstante que algunas otras veces, el asegurado que ha sido separado del grupo asegurado, cumple con los requisitos señalados en el párrafo anterior, y siendo aceptado en una nueva póliza, pero de tipo individual, tendrá que apegarse a otras Condiciones Generales, afectándose los beneficios de la anterior póliza, e incluso los padecimientos que fueron atendidos en la póliza de grupo, o sus complicaciones, o cualquier gasto relacionado con esos padecimientos, serán considerados como **preexistentes** para la nueva póliza individual, por lo que muchos asegurados se sorprenden al enterarse de esta situación, cuando al respecto conocen la **respuesta** que les entrega la Unidad Especializada de atención a usuarios.

Una vez que la Unidad Especializada recibe el escrito de consulta de los Usuarios, ésta realiza un análisis, tanto del escrito de reclamación del usuario, como de la negativa de pago del Área de siniestros, en su caso, sin perder de vista los intereses de la Institución Financiera. Para esto, la Unidad Especializada solicita del Área de Siniestros los antecedentes que tuvieron que ver con la determinación de improcedencia que ésta área declinó, analizando si efectivamente culminó la relación laboral del miembro

del Grupo Asegurado, si es que no efectuó su solicitud de una nueva póliza en tiempo y forma.

Debido a que sólo los gastos incurridos durante la vigencia de la **póliza de grupo son procedentes**, al encontrar la Unidad Especializada que muchas veces se reclaman gastos posteriores a la vigencia de dicha póliza, y no obstante que se ha contratado **una nueva póliza individual**, los gastos que se efectúen ahora dentro de ésta última póliza **serán improcedentes**, y por lo tanto la Unidad Especializada **confirmará** la improcedencia, ya que como se ha mencionado, el padecimiento que a pesar de haber sido cubierto por la anterior póliza de grupo, para la nueva póliza individual, es considerado como **preexistente**. Asimismo, en el mismo caso de encontrarse una enfermedad cubierta por la póliza de grupo, a la renovación de dicha póliza, esa enfermedad quedará excluida mediante un **Endoso de Exclusión de Padecimientos**, o bien, en la **lista de Asegurados con Padecimientos no cubiertos**, esto debido a que la eventualidad prevista en el contrato de seguro ha ocurrido, y por lo tanto no podrá ser cubierta nuevamente, ni las enfermedades, ni lesiones que de forma directa o indirecta se llegarán a generar por esa **enfermedad preexistente**.

Una **reclamación** es la inconformidad manifestada por el Usuario que deriva de la negativa de la Institución de seguros para satisfacer sus pretensiones, para lo cual el Usuario dirige su queja contra la determinación de improcedencia emitida por el área de siniestros; luego entonces, si el asegurado antes de acudir a Condusef, ha **elegido** presentar su escrito ante la Unidad Especializada, lo hace para efectos de **reconsideración** de su solicitud de pago.

Para que la Unidad Especializada responda a la reclamación del Usuario, el área de siniestros le deberá proporcionar los antecedentes relativos y las observaciones sobre el asunto, a fin de que aquella esté en condiciones de dar una respuesta por escrito dentro del término concedido por la Ley.

Con los documentos y comentarios suministrados por el Área de Siniestros, el personal de la Unidad Especializada estudiará el caso, revisando entre otros, los motivos por los que se declaró improcedente la reclamación, y los documentos que para el Área Médica sirvieron de soporte a su **dictamen de rechazo**.

El personal de la Unidad Especializada indaga si el siniestro se encuentra cubierto por la póliza, o si es procedente o no, tal y como lo prevén las Condiciones Generales, las Condiciones Especiales, o los Endosos de Cobertura o Exclusión que se pactaron, es decir, su función es confirmar si se trata o no de una enfermedad preexistente.

Sin embargo, se ha presentado en la práctica que la mayoría de las veces se presentan reclamaciones relacionadas con padecimientos que por ser **de larga duración**, difícilmente pueden agravarse de un momento a otro, o bien, que éstos sean **degenerativos**, como el infarto al miocardio (la obstrucción de una arteria coronaria), o el Mal de Parkinson, o el Alzheimer que por su naturaleza se reconocen en ellos un tiempo prolongado que afecta los órganos o los tejidos, e incluso puede darse el caso de que quien los sufre, puede soportarlos con paliativos, hasta alcanzar cierto tiempo, o varios años.

Una vez examinada la información el Titular de la Unidad Especializada, emite su respuesta, generalmente **confirmando** la improcedencia, o si es el caso solicitando **una nueva valoración médica**, para efectos de obtener **un nuevo dictamen**. En muy pocas ocasiones, pero llega a darse el caso de que la Unidad Especializada comunique al Usuario **la reconsideración del pago a su favor**.

Debido a que la Ley en la materia, sólo le exige a la Unidad Especializada dar respuesta al Usuario dentro del término establecido de treinta días hábiles, sin que le señale cumplir con formato alguno, la contestación puede simplemente realizarse en un escrito, situación que es diferente a la información o al informe de Ley que, mediante requerimiento,

la Condusef solicita a la Institución financiera, como se verá en los siguientes incisos.

5.3. QUEJA ANTE LA COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF).

Como ya se dijo, en el segundo capítulo, de conformidad con el artículo 1º de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, esta Entidad Pública fue creada para proteger y defender los derechos e intereses de las personas que utilizan los servicios ofrecidos por las **Instituciones Financieras** así como para regular su organización, procedimientos y funcionamiento.

Dentro de sus funciones, la Condusef asesora, protege y defiende los derechos de los Usuarios frente a las entidades financieras; por eso, su principal tarea ha sido atender las quejas sobre los productos de las instituciones de seguros.

Aunque en los últimos años se le ha dado un impulso a las Unidades Especializadas, en la práctica, los Usuarios recurren preferentemente a la Condusef para solicitar su intervención.

Una vez que el usuario de servicios financieros presenta su reclamación ante la Condusef, inicia el **procedimiento conciliatorio**.

5.3.1. LA PROBLEMÁTICA PLANTEADA POR EL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS ANTE CONDUSEF.

Después de que Condusef ha admitido el escrito de reclamación presentado por el Usuario ante ella, comunica a la Institución de seguros que debido a que tiene una **consulta o problemática planteada** por un Usuario, por lo que tendrá que rendir información respecto a la queja, dentro de un plazo que no exceda de **diez a quince días hábiles**, contados a partir de la

fecha de la recepción del oficio dirigido a la aseguradora, en términos de los artículos 11 y 12 de la legislación en la materia¹⁰³.

El Usuario dirige su escrito de reclamación a la Delegación Estatal correspondiente o a las Oficinas Centrales de Condusef, en el que solicita la intervención de esa Comisión, para que se le requiera a la Institución Financiera a dar cumplimiento al contrato de seguro, o hacer valer los derechos que por el servicio prestado, el Usuario tiene frente a ella.

En efecto, en el referido escrito el Usuario **narra los hechos** (en que consiste la reclamación) y **motivos** (que es lo que requiere de la aseguradora) de su consulta o problemática planteada, mismos a los que la Institución Financiera está obligada a responder por escrito a todos y cada uno de ellos, ya que de lo contrario, en caso de no dar una debida contestación, la Comisión podrá considerar que el informe de la aseguradora no respondió del todo al escrito de reclamación, por lo que en su caso podría sancionarla e imponerle una multa¹⁰⁴.

Ahora bien, al dar cumplimiento al requerimiento girado por la Condusef, la Institución Financiera, suministrará la información solicitada de acuerdo con las formalidades del procedimiento. Por lo que, la Institución de Seguros rinde la información requerida, por conducto de su representante legal, señalando el número de expediente, el número de oficio, así como domicilio para oír y recibir notificaciones.

El mandatario al dar respuesta a cada uno de los hechos, controvierte los que no son propios de su representada, afirma los que son ciertos, y en su caso **confirmará la determinación de improcedencia** que el Área de

¹⁰³ *Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, México, Comisión para la Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, Condusef, 2007, pp. 4-8.*

¹⁰⁴ *De conformidad con la fracción II del Artículo 94 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, la Condusef está facultada para imponer. “Multa de 200 a 1000 días de salario, a la Institución Financiera que no proporcione la información que le solicite la Comisión Nacional, para el cumplimiento de su objeto, de acuerdo con los artículos 12, 53 y 58 de esta Ley.”, Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, México, Comisión para la Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, Condusef, 2007.*

Siniestros o la Unidad Especializada han hecho del conocimiento del Usuario. Asimismo, tendrá que realizar una valoración completa del asunto, considerando lo que pueda ocurrir con posterioridad, ya sea terminada la etapa conciliatoria, y **se dejen a salvo derechos de las partes, o lo que podría esperarse si el Usuario se presenta, ante los Juzgados Civiles del Fuero Común Locales, o ante los Juzgados Civiles de Distrito del Fuero Federal**, a demandar de la Institución de Seguros el pago de los gastos médicos efectuados¹⁰⁵. Por lo que a continuación se exponen las formas más usuales para elaborar la información requerida que será remitida por triplicado ante la Consusef:

- a) Si la compañía cuenta con suficientes elementos para **mantener el rechazo**, el representante legal procederá de forma objetiva a confirmar en la información, la improcedencia del reclamo de pago; ya sea que tenga como argumento, que su poderdante cuenta con un diagnóstico en el que se indica que los signos o síntomas de la enfermedad sufrida por el asegurado, son **de un padecimiento preexistente**, o que para las Condiciones Generales, Especiales o Endosos de Exclusión de Padecimientos la enfermedad no tiene cobertura, que al contrario **se encuentra excluida**, situación que incluso se podrá mantener hasta que el asunto se resuelva en juicio.

- b) Si existen dudas respecto al rechazo de pago que el Área Médica de la compañía de seguros realizó, debido a que no se procedió de conformidad con la Ley, el apoderado legal, tendrá que valorar la cuantía del reclamo, para que en su caso **negocie** con el asegurado, ya que de lo contrario sostener un juicio que sea largo y costoso, no beneficia en nada a los intereses de la compañía,

¹⁰⁵ *Esto de conformidad con el segundo párrafo del Artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, “La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.”*

sobre todo si ésta es condenada al pago. Tenemos ejemplos de esto: cuando la aseguradora rechaza el pago por **falsas declaraciones** que el asegurado expresó al llenar el Cuestionario para Seguro sin Examen Médico, (por ejemplo, **al negar que padecía de diabetes**, y presenta reembolso de gastos médicos, por trastornos en la presión arterial); si la compañía de seguros únicamente extendió al agente carta de rechazo por el referido reembolso, y no le **comunicó en forma auténtica** al asegurado o a sus beneficiarios la rescisión del contrato de seguro, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración, en términos del artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro¹⁰⁶, el aludido rechazo será discutido por la Condusef, y en su momento por el Juzgado en turno.

- c) Si el rechazo de pago es parcialmente fundamentado, conviene que la compañía considere lo señalado en el párrafo anterior, ya que no solamente se está arriesgando a pagar la suerte principal, sino además, con justa razón el pago de intereses moratorios, en términos del artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros¹⁰⁷.
- d) Si el rechazo carece totalmente de argumentos, debido a que el Área de Siniestros de la aseguradora consideró que la reclamación de pago tiene que ver con un **padecimiento preexistente no declarado**, pero que no tiene relación alguna de forma directa o indirecta con la enfermedad por la que se reclaman los gastos (por ejemplo, si el padecimiento no declarado es un problema hepático, y los gastos reclamados corresponden a un problema de la próstata), en este caso, cabe considerar el pronunciamiento de los Tribunales Colegiados a que se ha hecho

¹⁰⁶ Cfr. *Ley Sobre el Contrato de Seguro*, México, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 5.

referencia en el inciso 4.2.1., respecto de la presencia de enfermedades existentes antes de la contratación de la póliza.

5.3.2. LA AUDIENCIA DE LEY.

En el inciso anterior observamos que el Usuario acude a la Condusef a solicitar su intermediación para que, de conformidad con los artículos 11 y 12 de la Ley para la Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, dicha Comisión le requiera a la Institución Financiera la información relacionada con la **determinación de improcedencia de su solicitud de pago de los gastos médicos incurridos por la asistencia médica prestada al asegurado**; por lo que en caso de que la Institución Financiera haya **reconsiderado** la reclamación de pago **como procedente**, se efectuará el reembolso correspondiente, ya que si la aseguradora mantiene su rechazo, ahora el Usuario contará con la facultad para invocar el **procedimiento de conciliación** ante esa Comisión.

Ante la negativa de la Institución Financiera para satisfacer las pretensiones del asegurado, y al no estar de acuerdo con la información proporcionada por la aseguradora, con base en el artículo 68 de la Ley en la materia¹⁰⁸, el Usuario solicitará por escrito a la Condusef agotar el procedimiento de conciliación.

Para esto, la Condusef dentro de los ocho días hábiles a la fecha de recepción del referido escrito y mediante **oficio** correrá traslado a la Institución Financiera de **la reclamación presentada en su contra**, anexando los documentos que el Usuario acompaña al multicitado escrito, así mismo señalará la fecha de celebración de la **Audiencia de Conciliación**, apercibiendo a la compañía de seguros, que para el caso de no comparecer ante el Conciliador el día y la hora señalada le impondrá la multa prevista en el artículo 94 fracción IV de la citada Ley para la Protección

¹⁰⁷ *Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, México, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, pp. 76-77.*

y Defensa del Usuario de Servicios Financieros¹⁰⁹. Asimismo, con la copia del susodicho oficio, la Condusef notificará al reclamante a fin de que éste también comparezca en el día y la hora señalados, ya sea por su propio derecho, o por conducto de representante que acredite su personalidad con original o copia certificada del instrumento notarial respectivo. Sin embargo, en caso de que el reclamante no se presente a la aludida audiencia, podrá presentar dentro de los diez días siguientes justificación de su inasistencia, ya que de lo contrario se le tendrá por desistido de su reclamación. El plazo que Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros establece para la presentación de reclamaciones es de dos años.

Sin embargo, es necesario aclarar lo que se dispone en esa ley en relación con el plazo señalado:

Artículo 65. Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en su caso, **a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.**

La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere, el artículo 50 bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.”

Cabe aclarar al respecto de lo señalado en el primer párrafo del artículo referido, entra en **contradicción** con lo que el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro dispone:

“Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

¹⁰⁸ *Ley Para la Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, México, Comisión para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, Condusef, 2010, p. 25.*

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen¹¹⁰.”

En ese orden de ideas, el hecho de establecer que la presentación de las reclamaciones **vence a partir de la negativa de la Institución financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario** es incorrecto, debido a que la negativa de la compañía de seguros se puede dar con posterioridad a los dos años que preceptúa la Ley sobre el Contrato de Seguro, e incluso habiendo pagado gastos médicos procedentes, y aún agotada la suma asegurada contratada, entonces **la negativa de la compañía puede ser posterior a dos años del acontecimiento que le dio origen**; por lo que si nos apegamos al principio que prescribe que la **“Ley especial está por encima de la Ley general**, resulta entonces que debemos observar lo prescrito por la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La **Audiencia de Conciliación** se realiza dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que la Comisión reciba el escrito de reclamación, en consecuencia la Institución Financiera, por conducto de **su representante legal rinde un informe por escrito** que usualmente las compañías de seguros presentan hasta el momento de la celebración de la referida audiencia de conciliación.

Es importante señalar que, en el informe la Institución Financiera deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere el Usuario en su escrito de reclamación, ya que de lo

¹⁰⁹ *Ley Para la Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, México, Comisión para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, Condusef, 2010, p. 24.*

¹¹⁰ *Ley Sobre el Contrato de Seguro, México, Editada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, pp. 7 y 8.*

contrario, **se tendrá por no presentado** el informe para todos los efectos legales a que haya lugar.

En la audiencia, el Conciliador tendrá por presentado el informe que por duplicado rinda el apoderado legal de la Institución Financiera, y en ese acto con la copia simple se le correrá traslado a la parte reclamante, quien se dará recibida del mismo. Luego entonces, la Autoridad exhortará a las partes a concertar sus intereses, para lo cual el conciliador formulará propuestas de solución.

En uso de la palabra la parte reclamante puede manifestar no estar de acuerdo con el informe de la parte reclamada y solicitar a esa Autoridad **dejar a salvo sus derechos para hacerlos valer ante los Juzgados del Fuero Común Locales, o a elección del reclamante ante los Juzgados de Distrito del Fuero Federal**, o pedir tiempo para presentar los documentos que le fuesen solicitados para obtener el reembolso de los gastos médicos ocasionados, o bien aceptar la propuesta formulada en el informe de la aseguradora y dar por concluido el asunto.

El Apoderado Legal de la Institución Financiera puede manifestar que en ese acto ratifica en todas y cada una de las partes el escrito que en vía de informe ordenó esa Comisión rendir a cargo de su representada y mantener su postura de rechazo de pago, o **solicitar dejar a salvo los derechos de su mandante** si no existe alguna propuesta a favor de su mandante, o bien se difiera la audiencia o la suspensión del procedimiento si es el caso de estar en pláticas con el asegurado para “llegar a un arreglo”.

Lo más probable es que en la audiencia de Ley, el representante legal de la Institución Financiera, tenga que presentarse con una estrategia para enfrentar las propuestas de solución, que pueden venir de la contraparte; por lo tanto, y de acuerdo a lo que se ha señalado la compañía de seguros toma entre otras, las siguientes posturas:

- a) Mantendrá el rechazo de pago de los gastos médicos erogados por el asegurado, cuando dicho rechazo esté debidamente fundado;
- b) Negociar el rechazo de pago, cuando no obstante que la reclamación fuese improcedente, no se procedió conforme a derecho para notificar esta situación de forma fehaciente al asegurado;
- c) Negociar el rechazo de pago, si éste está parcialmente fundado, sobre todo cuando se trata de **los padecimientos congénitos**, ya que son los peritos los que tendrán que resolver, sobre estos padecimientos que en algunos casos no son congénitos sino **adquiridos**.

Claro ejemplo de estos casos, son las reclamaciones que presentan los asegurados, cuando se trata de los llamados **padecimientos congénitos no cubiertos** (por ejemplo, el **reflujo gastroesofágico**, que en opinión de las compañías de seguros es un padecimiento con que se nace o que se adquiere en el útero, mientras que para otros peritos, dicho padecimiento se adquiere después del nacimiento, es decir, no es congénito).

y,

- d) Negociar si el rechazo de pago es totalmente infundado. No obstante, que “conviene” a la aseguradora cubrir el pago, sabemos que algunas compañías por **falta de ética** (por ejemplo, cuando por errores que aparecen en los informes médicos de los galenos tratantes, sobre todo cuando por un error involuntario la fecha del padecimiento es señalada anterior a la vigencia de la póliza), o **falta de profesionalismo** (sabiendo el médico que cuando se reclama la cobertura de varios padecimientos, y uno de

ellos es preexistente, pero los otros no, y se toma la determinación de improcedencia) e incluso por **falta de perspectiva** (cuando el reclamo es menor al siguiente pago de la prima, es decir, se presenta un reclamo por la cantidad de \$15,000.00, y los siguientes pagos de la prima es por \$20,000.00); ya que al parecer las compañías tienen dentro de sus políticas declinar todo siniestro que por la mínima razón, se considere preexistente, a veces con determinaciones muy cuestionables al respecto.

Por hechas las manifestaciones de las partes, para todos los efectos legales, y toda vez que en la etapa conciliadora no fuera posible llegar a una solución satisfactoria para resolver el asunto, la Condusef dejará a elección de las partes el juicio arbitral. “En caso de no someterse al arbitraje se **dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.**”(sic.), de conformidad con el artículo 68 fracción VII de la Ley en la materia¹¹¹. Cabe reiterar que **en la práctica, para hacer valer sus derechos los reclamantes presentan, en la vía ordinaria mercantil, demanda ante los Juzgados Civiles del Fuero Común de Locales, o a su elección, ante los Juzgados Civiles de Distrito del Fuero Federal.**

5.4 DEMANDA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN LA VÍA ORDINARIA MERCANTIL: LA RESOLUCIÓN DE LOS TRIBUNALES COMPETENTES.

Hemos señalado en el capítulo III que al Contrato de Seguro se le clasifica como un contrato mercantil, debido a que el Código de Comercio en la fracción XVI de su artículo 75 lo considera como un acto de comercio, y luego entonces, de acuerdo con la clasificación doctrinaria¹¹² es acto de comercio por disposición de la ley, por lo que además de encontrarse

¹¹¹ *Ley Para la Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, México, Comisión para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, Condusef, 2010, p.26.*

regulado por la legislación mercantil, el contrato de seguro se rige, entre otros por la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley de Navegación, así como por la legislación civil, el Código Civil Federal y el Código de Procedimientos Civiles, de aplicación supletoria.

Ahora bien, dado que los litigios que se producen por incumplimiento del contrato de seguro no requieren de tramitación especial dispuesta en las leyes mercantiles, aquellos se ventilan en Juicio Ordinario Mercantil, de conformidad con el artículo 1377 del Código de Comercio¹¹³. Sin embargo, por lo que respecta a **la competencia por territorio para demandar en materia de seguros**, ésta será determinada, a elección del demandante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación, esto de conformidad con el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros¹¹⁴, y como se ha mencionado, **en la práctica la demanda se presenta ante los Juzgados Civiles del Fuero Común Locales, o a elección del reclamante, ante los Juzgados Civiles de Distrito del Fuero Federal.**

En ese orden de ideas, en el capítulo de las **prestaciones**, se exigirá tanto el pago de los gastos médicos generados con motivo de la atención a los padecimientos sufridos por el asegurado, el pago de intereses legales, así como el pago de gastos y constas que originen el juicio. Asimismo, habrá quien, si es el caso, demandará daños y perjuicios (cuando el asegurado ha cubierto al hospital el pago de los gastos médicos ocasionados, y éstos le han causado un menoscabo en su patrimonio), e incluso puede ser exigido el pago de daño moral (cuando al no tener cuidado la compañía de seguros rechaza la reclamación por un padecimiento que no sufrió el asegurado, y

¹¹² Elvia A. Quintana Adriano, *Precisiones sobre el comerciante, actos de comercio y obligaciones de los comerciantes*, México, Ed. Porrúa, 2006, pp. 3-4.

¹¹³ *Código de Comercio*, México, Ed. Porrúa, S.A. 75ª edición, 2007, p. 118.

¹¹⁴ *Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros*, Impresa por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, p. 77.

que le cause daño (por ejemplo declarar que el reclamante sufre de sida u otro tipo de enfermedad).

Al hacerse exigibles legalmente las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, se requerirá de la Institución de seguros que realice el pago al acreedor de una indemnización por mora, de conformidad con el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros¹¹⁵. De tal forma que 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.

También se demandará de la empresa de seguros el pago de un **interés moratorio** sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el citado artículo 135 Bis mencionado, 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.

En el capítulo de **hechos**, se señala la empresa que contrató para sus trabajadores la Póliza de Gastos Médicos Mayores Grupo, la manera como se aseguró a las personas que pertenecen al **grupo asegurado**, así como si el demandante es el Titular de la aludida póliza, o si se trata de los dependientes económicos de éste, y desde luego, qué compañía de seguros fue la que asumió los riesgos contratados.

En el escrito inicial de demanda, lo importante es hacer valer **la obligación que la compañía de seguros decidió asumir ante la propuesta que le fuera hecha, para efectos de cobertura de todos los**

¹¹⁵ **Artículo 135 BIS.**, *Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualista de Seguros*, Impresa por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, pp. 76-77.

padecimientos aleatorios sobrevenidos dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo contratada.

Por lo tanto, resulta elemental aclarar en los **hechos**, si la compañía de seguros no expidió, endoso de exclusión para un **padecimiento que fuera declarado**, ya que como principio ésta enfermedad debió ser considerada como **preexistente** para las Condiciones Generales de la Póliza de Gastos Médicos Mayores Grupo, y por lo tanto, debió quedar excluida, y si esto no ocurrió, debido a una **omisión** de la aseguradora, y ésta por lo tanto aceptó el riesgo en términos de lo declarado en la solicitud de la póliza; por lo que al acontecer la enfermedad cubierta, el asegurador correrá el riesgo de ser demandado por el pago de los gastos generados por la atención médica otorgada, ya que en todo caso, la compañía de seguros aceptó asegurar al proponente en esas condiciones de salud en que el asegurado se encontraba, sin que se señalara exclusión alguna de la enfermedad (mediante la expedición del endoso correspondiente), ni de sus complicaciones.

En la contestación de la demanda el apoderado legal de la Institución de Seguros negará que la parte actora tenga acción o derecho alguno para demandar a la compañía las prestaciones que refiere en su escrito inicial de demanda; argumentando que el padecimiento que originó los gastos médicos que el asegurado reclama, de acuerdo con la opinión médica, por su naturaleza es degenerativo de larga evolución, no existiendo antecedente que el mismo se haya debido a un traumatismo (accidente), por ejemplo; o bien señalará que para la emisión de la póliza contratada en que el actor funda su acción, **la representada basó la selección del riesgo y expedición de la póliza en las respuestas proporcionadas por el asegurado ahora actor, en la Solicitud del Seguro**, en las que éste en su momento omitió señalar el padecimiento que sufría, ya que de haber conocido estos antecedentes la poderdante hubiere solicitado al actor la práctica de un examen médico que incluyera estudios de la enfermedad en cuestión, que pudiera derivar la exclusión de patologías, el cobro de una

extra prima, así como la **no aceptación de la propuesta por ser ese padecimiento de un alto riesgo.**

Finalmente, agregaré que se podrán oponer las siguientes excepciones:

a) **La de Sine Actione Agis**, a fin de arrojar a la parte actora la carga de probar sus afirmaciones, así como los elementos de la acción que ejercita de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1194 del Código de Comercio¹¹⁶.

b) **La de falta de acción y de derecho**, de la parte actora para demandar a la compañía de seguros, toda vez que el padecimiento cuyos gastos médicos reclama es anterior a la contratación de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Grupo.

c) **Excepción de oscuridad en la demanda**, si es el caso de que de la propia demanda, o de sus anexos, no se desprenda de donde surgen las cantidades que el actor pretende por concepto de gastos erogados, situación que impediría contestar adecuadamente la prestación correlativa de demanda, pues si en ésta se pretende una indemnización en cantidad determinada, a la actora le correspondía señalar con toda precisión y claridad de donde surge su derecho para exigirla y su derecho e interés jurídico asegurable para reclamarla sobre la base de las estipulaciones contractuales.

d) **Excepción de pago**, por lo que hace a la pretensión del actor de obtener el pago de la prestación reclamada, señalarla como improcedente, porque la demandada únicamente se obligó hasta la suma asegurada pactada, menos el deducible y coaseguro de 10% pactado en el contrato (si es que existe), respecto de los gastos médicos erogados. Esta excepción, también se opone cuando se reclaman intereses moratorios.

¹¹⁶ *Código de Comercio, México, Ed. Porrúa, S.A. 75ª edición, 2007, p. 94.*

e) **Excepción de cumplimiento de las obligaciones asumidas en el contrato.** Cuando se presentan otros padecimientos, que son secundarios al principal, aquellos son improcedentes, debido a que al existir diversos padecimientos que tienen que ver con una enfermedad ocurrida dentro de la vigencia de la póliza, y que, si se realizó el pago respectivo de la enfermedad principal, los demás serán considerados como un solo evento, y sólo se pagará hasta agotar la suma asegurada.

Con base en estos elementos, así como siguiendo cada una de las etapas procesales correspondientes, tendremos la resolución del asunto formulado por medio de la demanda ante el Órgano Jurisdiccional competente.

CONCLUSIONES

PRIMERA, no obstante el hecho de que la compañía de seguros **no realice examen médico**, a los miembros del grupo asegurable, no significa que éstos puedan omitir las enfermedades que padecen, y que a su vez éstas queden cubiertas, ya que dichos miembros **están obligados a elaborar los formularios de solicitud que servirán a la aseguradora para apreciar el riesgo asegurable**, y en consecuencia para **expedir los endosos de exclusión de padecimientos**; por lo tanto, la compañía de seguros sólo dará cobertura a aquellos padecimientos que sucedan dentro de la vigencia de la póliza contratada, siempre y cuando no se encuentren excluidos en la póliza, tanto por los Endosos de Exclusión de padecimientos, como por las Condiciones Generales de la póliza que se contrate.

SEGUNDA, para la compañía aseguradora toda enfermedad padecida por un asegurado **antes** de la celebración del Contrato de Seguro, **siempre será una enfermedad preexistente**, y por lo tanto el pago de los gastos médicos que se hayan realizado con motivo de su atención médica y hospitalaria será improcedente. En consecuencia, la compañía de seguros sólo aceptará de conformidad con sus Condiciones Generales a cubrir padecimientos que sean **posibles, contingentes y futuros**. El asegurador cubre riesgos, no enfermedades actualizadas, es decir, el **Contrato de Seguro, en su esencia, se caracteriza por su aspecto aleatorio**.

TERCERA, según la **opinión del Tribunal Colegiado**, puede darse el caso de **padecimientos congénitos** o surgidos de forma embrionaria, remota y potencial, **con anterioridad al contrato de seguro**, que ninguna intervención médica requieran o requirieron con antelación a ese contrato, sin embargo, si estos padecimientos, por cualquier causa, **se recrudecieron o se manifestaron con posterioridad a la expedición de la póliza, sería infame excluirlos de su protección**; por lo tanto, también **sería absurdo exigir que las enfermedades aseguradas hayan surgido en su absoluta totalidad de causas posteriores a la contratación de la póliza, sin influencia de padecimientos orgánicos existentes con anterioridad**.

CUARTA, también en opinión del **Tribunal Colegiado**, los padecimientos anteriores a la expedición de la póliza, es decir, **enfermedades que ya requerían intervención médica o quirúrgica en esa fecha de expedición**, que independientemente de que las partes supieren o no su existencia, o que de forma dolosa se hubieren dejado de comunicar a la compañía de seguros, en todo caso **son improcedentes de pago de gastos médicos y hospitalarios**.

QUINTA, encontramos que **la determinación de improcedencia** de la reclamación de pago de gastos médicos, depende **del resultado que arroje el examen de la documentación relativa**, y que consiste en el expediente clínico del afectado, la Solicitud de seguro, las Coberturas, Sumas Aseguradas Contratadas, Condiciones Generales y Especiales, Endosos y Cuadro de Especificaciones pactados en la póliza. Para ello, **los peritos del Área de Siniestros, se encargarán de analizar detallada y minuciosamente si del padecimiento por el que se reclaman los gastos médicos, se desprende la presencia de síntomas o signos de enfermedad preexistente**.

SEXTA, la Unidad Especializada de atención a usuarios, realiza un análisis objetivo, del **escrito de reclamación del usuario**, para determinar si el pago de gastos médicos es procedente, o no; asimismo, examina el **motivo por el cual el Área de Siniestros rechazó el pago**. Una vez ha obtenido el resultado, **determinará** si es conveniente mantener el rechazo y declinar la reclamación, negociar pagar un porcentaje de los gastos, o pagar lisa y llanamente el total de la indemnización.

SEPTIMA, si la en la Unidad Especializada se declinó el pago, éste **se mantendrá en la etapa conciliatoria ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), e incluso en el juicio ante los Juzgados Locales y Federales de Distrito**. Sin embargo, en los casos en que no se tenga un buen argumento de defensa, será conveniente en cualquier etapa llegar a

una negociación, ya que de lo contrario para ambas partes significará malgastar recursos en un juicio largo y costoso.

OCTAVA, en mi opinión la **estrategia de defensa** que las Instituciones de Seguros tienen, ante la Autoridad Judicial, dependerá de la **información que proporcione el Área de Siniestros**, así como de la forma en que se mantuvo **la postura** para determinar la improcedencia del reclamo ante Condusef.

PROPUESTAS

PRIMERA, me permito proponer que la Autoridad debe obligar a las compañías de seguros a que éstas **impriman en la solicitud y en la carátula de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores (de Grupo o Individual)**, así como **en los formatos de pago directo o reembolso** que entregan a los asegurados, **la advertencia: “Los gastos médicos derivados de enfermedades anteriores a la póliza de seguro, por ningún motivo serán procedentes”**. No obstante, que esta propuesta parezca una simple sugerencia, existen varias razones que tienen que ver al respecto.

Primero, resulta sugestivo prevenir a los contratantes y asegurados con este tipo de avisos, ya que bajo la advertencia de que todo gasto médico proveniente de una enfermedad que haya requerido de atención médica antes de la contratación de la póliza, no será reembolsado por la compañía de seguros. Por lo que habrá menos personas que piensen que la póliza de seguro cubre **“todas las enfermedades”**, e incluso las que se estén padeciendo al momento de expedir la póliza de seguros de gastos médicos.

Con esto, se hará del conocimiento de los asegurados que la finalidad de la Póliza de Gastos Médicos Mayores es la de cubrir los padecimientos que efectivamente ocurran dentro de la vigencia de la póliza contratada, y no de enfermedades que antes de la expedición de la póliza ya requieran de

atención médica y hospitalaria. Ya que pensar que la Secretaría de Hacienda o la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas van a obligar a las aseguradoras a pagar todas las enfermedades es una quimera. Ya que, suponiendo de que así sucediera, **las instituciones de seguros, se verían obligadas a revisar los costos y beneficios de este ramo, bajo un análisis riguroso de cálculos matemáticos**, y después verían si es rentable continuar o no con el negocio.

SEGUNDA, me permito proponer que la fracción V del artículo 1391 del Código de Comercio debe ser derogada, ya que indebidamente establece que:

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

Traen aparejada ejecución:

I...

II....

III....

IV....

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

Por el contrario, ***a diferencia de lo que ocurre con los títulos ejecutivos, la póliza de seguro no tiene una cantidad líquida exigible***, su cobro está sujeto a las Condiciones Generales estipuladas en el contrato de seguro, en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y sobre todo que las obligaciones contraídas por las aseguradoras están supeditadas a la realización de una eventualidad futura e incierta prevista en el póliza de seguro.

TERCERA, me permito proponer que la fracción IV del artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros debe ser reformada, ya que en perjuicio del asegurado establece que:

Artículo 50 bis. Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

I...

II....

III....

IV. Deberá responder por escrito al Usuario dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de recepción de las consultas y reclamaciones, y...

El simple hecho de contar con **treinta días hábiles**, es un tiempo excesivo en el cumplimiento de las obligaciones de la compañía de seguros para responder por escrito a una consulta o reclamación hecha por el Usuario, sobre todo si se trata de pagar gastos médicos a una clínica o a un hospital que ha prestado sus servicios; y sobre todo si la Unidad Especializada **sólo ratifica la improcedencia de la reclamación**. Por lo tanto, resulta conveniente **reducir el plazo para el cumplimiento** de lo prescrito en esa fracción.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALFANO, ORLANDO HUGO. El contrato de seguro de personas. Buenos Aires, Ed. AD-HOC, 1ª edición, 2004, 235 pp.
2. AZUA REYES, SERGIO T. Metodología de la Investigación Jurídica. Prólogo de Jorge Barrera Grat, México, Ed. Porrúa, 4ª edición, 2001, 121 pp.
3. ANGÚLO RODRÍGUEZ, LUÍS DE. Cuestiones Actuales del Derecho de Seguros. Barcelona, Ed. ATELIER, 2002, 235 pp.
4. ASOCIACIÓN MEXICANA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS (AMIS). Ley sobre el Contrato de Seguro. MÉXICO, Ediciones AMIS, 2007, 49 pp.
5. CALZADA CONDE, MARÍA ÁNGELES. El Seguro de Responsabilidad Civil. Navarra, Ed. Aransandi, 2005, 155 pp.
6. CONTRERAS STRAUCH, OSVALDO. El Contrato de Seguro. Santiago de Chile, Ed. La Ley, 3ª edición, 2002, 317 pp.
7. DÍAZ GRANADOS ORTIZ, JUAN MANUEL. El Seguro de Responsabilidad. Bogota, Ed. Universidad del Rosario (Pontificia Universidad Javeriana), 1ª edición, 2006, 549 pp.
8. FERNÁNDEZ DIRUBE, ARIEL. EL SEGURO, Su estructura y función económica, Buenos Aires, Editorial Schapire, 1996.
9. FLORIS MARGADANT, GUILLERMO. El Derecho Privado Romano. (Como introducción a la cultura jurídica contemporánea). México, Editorial Esfinge, S.A. 13ª edición corregida y aumentada, 1985, 530 pp.
10. GONZÁLEZ VARELA, LILIANA. El Contrato de Seguro y su Perfeccionamiento. México, Editado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Vicepresidencia de Desarrollo Dirección General de Desarrollo de

Investigación (Serie: Documentos de Trabajo) No. 67, Febrero de 1997, 96 pp.

11. GONZÁLEZ, ORLANDO. Investigación de Campo y Pericia en Siniestros de Seguros. Buenos Aires, Ed. La Rocca, 2004, 400 pp.

12. MARGADANT S., GUILLERMO FLORIS. El Derecho Privado Romano. (Como introducción a la cultura jurídica contemporánea). México, Ed. Esfinge, 13ª edición, 1985, 530 pp.

13. MAGEE H., JOHN. General Insurance (Seguros Generales. Chicago, Impreso en México, Ed. Uteha, Tomo I, Traducción de la 2ª edición por Carlos Castillo, 1947, pp. 884.

14. MINZONI CONSORTI, ANTONIO. Crónica de Dos Siglos del Seguro en México. México, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 2005, 287 pp.

15. MOISÉS. El Éxodo. Libro Canónico de la Biblia, Traducción directa de los textos originales: hebreo, arameo y griego, Ed. Sociedades Bíblicas Unidas, ilustraciones y mapas, México, 1966, 439 pp.

16. ORDOÑEZ ORDOÑEZ, ANDRÉS E. Las Obligaciones y Cargas de las Partes en el Contrato de Seguro y la Inoperancia del Contrato de Seguro. Bogota, Ed. Universidad Espernado de Colombia, 2004, 169 pp.

17. PALACIOS BERMÚDEZ DE CASTRO, ROBERTO. Diccionario de la legislación de Seguros. (Leyes Positivas Aplicables. Resoluciones de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros Jurisprudencia y Doctrina. México, Ed. Porrúa, 1979, 535 pp.

18. PETIT, EUGÈNE. Tratado elemental de Derecho Romano. México, Ed. Época, S.A., Traducido de la 9ª edición francesa y aumentado con notas originales por José Fernández González, 1977, 717 pp.

19. PÉREZ SERRABONA GONZÁLEZ, JOSÉ LUÍS. La Póliza y la Documentación del Contrato de Seguro. Granada, España, Ed. Comares, 2ª Edición renovada y ampliada, 2003, 217 pp.
20. SÁNCHEZ FLORES, O. GUILLERMO DE JESÚS. El Contrato de Seguro Privado. México, Ed. Porrúa, 1ª edición 2000, 431 pp.
21. SANCHEZ VILLABELLA, JORGE. El Contrato de Reaseguro: Manual Técnico Jurídico. Madrid, S/Ed., 476 pp.
22. STEINFELD, EDUARDO. Estudios del Derecho de Seguros: Lineamientos Generales, Doctrinarios, y Jurisprudenciales. Buenos Aires, Ed. Depalma, 2003.
23. STIGLITZ, RUBEN S. Cláusulas Abusivas en el Contrato de Seguro. Buenos Aires, Ed. Abeledo-Perrot, s/a de edición, impreso en 1994, 194 pp.
24. VALDÉS, VERÓNICA. USTED DECIDE. Revista mensual editada y publicada por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Certificado de licitud No. 11251, impreso en Grupo Gráfico, no. 71, Febrero 2006, 37 pp.

LEGISLACIÓN

I. CODIGOS

CODIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y LEYES COMPLEMENTARIAS. México, Ed. Porrúa, S.A. 61ª edición, 2007, 731 pp.

CODIGO DE COMERCIO Y LEYES COMPLEMENTARIAS. México, Ed. Porrúa, S.A. 75ª edición, 2007, 866 pp.

CODIGO DE PROCEDIMIENTOS CIVILES PARA EL DISTRITO FEDERAL. México, Editorial Sista, S.A. de C.V., 2008, 78 pp.

II. LEYES

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS. México, Dirección de Publicaciones y Departamento de Diseño y Producción (CONDUSEF), 4ª edición, octubre de 2007, 49 pp.

LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS. México, Editorial Sista, S.A. de C.V., 2008, 111 pp.

LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS. México, Impresa por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, 139 pp.

LEY QUE REGULA LAS INVERSIONES DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS, INSTITUCIONES DE FIANZAS Y BANCOS DE CAPITALIZACIÓN, EN TITULOS DE VALORES EN SERIE, EN INMUEBLES Y EN PRESTAMOS HIPOTECARIOS. AGENDA DE SEGUROS Y FIANZAS. (Compendio de leyes, reglamentos y otras

disposiciones conexas sobre la materia. México, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. 6ª edición, enero de 2006, 2 pp.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO. México, Impresa por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), 2010, 49 pp.

III. REGLAMENTOS Y ESTATUTOS

ESTATUTO ORGANICO DE LA COMISION NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS. México, Dirección de Publicaciones y Departamento de Diseño y Producción (CONDUSEF), 4ª edición, octubre de 2007, 31 pp.

REGLAMENTO DE AGENTES DE SEGUROS Y DE FIANZAS. AGENDA DE SEGUROS Y FIANZAS. (Compendio de leyes, reglamentos y otras disposiciones conexas sobre la materia. México, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. 6ª edición, enero de 2006, 19 pp.

REGLAMENTO DE LA COMISION DE SEGUROS Y FIANZAS EN MATERIA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTABILIDAD. México, Editorial Sista, S.A. de C.V., 2008, 13 pp.

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO. AGENDA DE SEGUROS Y FIANZAS. (Compendio de leyes, reglamentos y otras disposiciones conexas sobre la materia. México, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. 6ª edición, enero de 2006, 7 pp.

REGLAS GENERALES DE LAS FRACCIONES II Y III DEL ARTICULO 29 DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS. AGENDA DE SEGUROS Y FIANZAS. (Compendio de leyes, reglamentos y otras disposiciones conexas sobre la materia. México, Ediciones Fiscales ISEF, S.A. 6ª edición, enero de 2006, 6 pp.

JURISPRUDENCIAS

PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL PRIMER CIRCUITO. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS. PADECIMIENTOS ANTERIORES. Amparo en Revisión 517/76. Álvaro Ian Rodríguez Hanzin, 19 de octubre de 1976. Unanimidad de votos. Ponente: Guillermo Guzmán Orozco. Séptima Época. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente: Semanario Judicial de la Federación. Tomo 91-96 Sexta Parte. Página 197.

DÉCIMO CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO. SEGURO DE VIDA. CORRESPONDE A LA EMPRESA ASEGURADORA DEMOSTRAR QUE EL ASEGURADO OMITIÓ INFORMAR ACERCA DE UNA ENFERMEDAD QUE YA PADECÍA EN EL MOMENTO DE CONTRATARLO Y DE LA CUAL TENÍA PLENO CONOCIMIENTO. Amparo Directo 151/2003. Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa, 20 de marzo de 2003. Unanimidad de votos. Ponente: Francisco J. Sandoval López. Secretario: Carlos Ortiz Toro. Registro No. 183699. Localización: Novena Época. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, XVIII, julio de 2003, página 1215, Tesis I.14.C.15, Tesis Aislada. Materia: Civil.

CONTRADICCIÓN DE TESIS 153/2008-PS. Promovente: ENTRE LAS SUSTENTADAS POR EL TRIBUNAL COLEGIADO DEL DÉCIMO SÉPTIMO CIRCUITO Y LOS TRIBUNALES COLEGIADOS SEGUNDO Y TERCERO, AMBOS EN MATERIA CIVIL DEL SEXTO CIRCUITO. CONTRATO DE SEGURO. LAS PÓLIZAS NO SON TÍTULOS EJECUTIVOS PARA EFECTOS DE LA PROCEDENCIA DE LA VÍA EJECUTIVA MERCANTIL (INTERPRETACIÓN DEL ARTÍCULO 1391, FRACCIÓN V, DEL CÓDIGO DE COMERCIO). Registro No. 164484. Localización: Novena Época Instancia: Primera Sala Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta XXXI, Junio de 2010 Página: 30 Tesis: 1a. /J. 90/2009 Jurisprudencia Materia(s): Civil Ejecutoria: 1.- Registro No. 22231.

Localización: 9a. Época; 1a. Sala; S.J.F. y su Gaceta; XXXI, Junio de 2010;
Pág. 31.

MANUALES

1. MANUAL DE CAPACITACION Y DESARROLLO (CEDULA A-1). Centro de Capacitación y Desarrollo, Fuerza de Ventas ING, Comercial América, México, s/a, 140 pp.