



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Derecho**

**Tesis para obtener el grado de licenciatura**

**en Derecho**

**“Fraude Contractual en el Seguro de Gastos  
Médicos Mayores”**

**Elia Paulina García Fabela**

**Dr. Alberto Mondragón Pedrero Fabián  
Asesor**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2016



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.

A lo largo de mi vida he contado con el apoyo, la amistad, el amor, la ética, valentía y rectitud de un sinnúmero de personas; no obstante, me vanaglorio de poder hacer un recuento claro de quienes han dedicado mucho más que tiempo en ayudarme en construir y deconstruir mi propio ser.

Quiero agradecer a mi Padre, que me ha amado, cuidado y aceptado, pero sobre todo por enseñarme que no hay nada más importante que la salvación personal a través del trabajo y la autosatisfacción; a mi Madre, que es ejemplo de superación y constancia, que jamás ha permitido amainarse ante dificultad alguna y logra encontrar valentía en cualquier sonrisa; a mi Hermano, por obligarme a ser cada día mejor.

A mis llaves, las cinco llaves, de cinco casas, de cinco amigos para quienes mi amor, compromiso y entrega es inconmensurable: Alan, Brenda, Fabiola, Iritzi y Wendy.

A mí misma, como recordatorio de que hay que romper el techo y la única manera es siendo honesta, coherente y humilde.

A mi asesor, que ha guiado este trabajo y lo ha enriquecido con su infinita experiencia, conocimiento y paz.

Y a la Universidad Nacional Autónoma de México por tanto.

Los ciclos son rizos, bucles de un inicio y un final inexorablemente concatenado; basta y sobra con lo mucho que me dan. Gracias.

Always.



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	6
CAPÍTULO PRIMERO.....	8
GENERALIDADES DEL CONTRATO .....	8
2. Elementos esenciales .....	11
2.1 Consentimiento .....	11
2.2 Objeto .....	14
2.2.1 Objeto Directo .....	14
2.2.2 Objeto Indirecto.....	14
2.3 Solemnidad.....	15
3. Requisitos de validez.....	17
3.1 Licitud en el objeto, motivo o fin: .....	17
3.2 Capacidad.....	18
3.3 Ausencia de vicios de la voluntad .....	19
3.3.1 Error .....	20
3.3.2 Dolo.....	20
3.3.3 Mala fe.....	21
3.3.4 Violencia.....	21
CAPÍTULO SEGUNDO .....	23
GENERALIDADES DEL CONTRATO DE SEGURO .....	23
1. Concepto .....	23
2. Clasificación.....	25
3. Elementos personales.....	26
3.1 Obligaciones de las partes .....	26
4. Elementos esenciales .....	29
4.1 Consentimiento .....	29
4.2 Objeto .....	31
4.2.1 Directo .....	32
4.2.2 Indirecto .....	32
4.3 Riesgo.....	33
5. Elementos de validez .....	34
5.1 Capacidad.....	34
5.1.1 Compañía aseguradora.....	35
5.1.1.1 Constitución.....	35
5.1.2. Asegurado .....	35

5.1.2.1 Representación.....	35
5.2 Formalidad .....	36
5.2.1 Póliza .....	38
5.3 Ausencia de vicios en la voluntad .....	39
5.3.1 Omisiones o falsas declaraciones .....	40
6. Características normativas .....	41
7. Nulidad.....	42
8. Rescisión .....	43
9. Especies de seguro .....	47
9.1 Personas .....	47
9.1.1 Vida.....	48
9.1.2 Accidentes personales.....	48
9.1.3 Gastos médicos .....	49
9.1.4 Salud.....	50
9.2 Daños.....	50
9.2.1 Contra incendio.....	51
9.2.2 De provechos esperados y de ganados .....	51
9.2.3 De transporte terrestre.....	52
9.3 Contra la responsabilidad .....	52
9.4 Caución .....	53
CAPÍTULO TERCERO .....	55
FUNCIÓN Y RESPONSABILIDAD DEL AGENTE DE SEGUROS .....	55
1. Concepto .....	55
2.Facultades y deberes .....	55
3.Función y responsabilidad .....	58
4.Soporte de su función.....	59
5.Sanciones.....	63
I.- Amonestación.....	63
II.- Multa .....	64
III.- Suspensión .....	64
IV.- Revocación.....	65
CAPÍTULO CUARTO .....	66
PROBLEMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR FRAUDE CONTRACTUAL EN EL RAMO DE VIDA, APARTADO GASTOS MÉDICOS MAYORES .....	66
1. Conceptos .....	66
1.1 Suma asegurada.....	66

1.2 Deducible .....	66
1.3 Coaseguro.....	66
1.4 Gastos no cubiertos.....	67
1.5 Períodos de gracia.....	67
1.7 Periodos de espera.....	69
1.8 Preexistencias .....	69
1.9 Colectivo.....	71
1.10 Individuales.....	71
1.11 Endosos .....	71
2. Características particulares .....	72
2.1 Buena fe .....	74
2.1.1 Asegurado .....	78
2.1.2 Aseguradora .....	79
2.1.3. Agente de seguros .....	80
2.1.4 Médico dictaminador .....	82
2.2 Realización del riesgo.....	83
2.1.1 Omisiones y falsas declaraciones.....	84
2.1.1.1 Estudio del articulado 7, 8 y 47 de la Ley Sobre Contrato de Seguro .....	85
2.1.1.1.2 Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro .....	87
2.1.1.1.3 Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.....	89
2.2 Comprobación .....	92
3.Rescisión .....	95
4. Nulidad.....	97
5. Tendencias en Gastos Médicos Mayores .....	99
PROPUESTAS .....	102
CONCLUSIONES .....	114
BIBLIOGRAFÍA.....	116

## INTRODUCCIÓN

Para que un país aspire a tener una sociedad sana, es indispensable, entre otras muchas cosas, contar con los mecanismos financieros que permitan acceder al crédito y a la protección del patrimonio, a fin de que la economía y el bienestar de los individuos se encuentren debidamente garantizados tanto en la obtención de recursos como en la seguridad de que su posible pérdida no será catastrófica ni absoluta para quien la resienta.

Si consideramos que la vida es el bien jurídico tutelado de la más alta jerarquía, y que sin la fuerza vital las personas quedan incapacitadas para ser agentes de cambio en su entorno, e inclusive desarrollarse con autonomía en las nimiedades más sencillas del quehacer diario (como comer), los Seguros de Gastos Médicos mayores han tomado particular importancia en nuestra cotidianidad, ya que los sistemas de seguridad social son cada vez menos y más empobrecidos y endeblados, orillando a una gran parte de la población a adquirir estos productos a fin de protegerse a sí mismos y a sus familias, dependientes económicos, empleados, entre otros, ante las incertidumbres de la vida, pues resulta inevitable caer en enfermedad y la serie de consecuencias que ello conlleva.

El Estado, garante último de los derechos humanos consignados en nuestra Carta Magna y Tratados Internacionales, ha normado los contratos de seguros privados en las diferentes ramas que éstos ofrecen al público en general; no obstante, en Gastos Médicos Mayores se ha dejado de lado la inmensa repercusión que tiene para todos los participantes aquellas “mentiras blancas” que rompen con el principio de buena fe, rector de los seguros, y que genera una serie de situaciones en la cual no hay control de los documentos, procesos, pagos y rechazos alrededor del cliente, la empresa aseguradora, el intermediario y médico, dejando así a un grupo importante de personas sin protección alguna ante las lagunas que no han sido debidamente subsanadas.

Lograr que este contrato dé seguridad y tranquilidad es posible siempre y cuando se cuente con normas claras, asequibles, plausibles y que contemplen como principio básico la buena fe de todas las personas que se vean afectadas, inmiscuidas o formen parte activa de un contrato de seguro; de tal

manera que ante un evento dañoso y de proporciones económicas importantes se pueda recurrir a una indemnización que corresponda en derecho, o bien, atendiendo a cada caso en particular, contando con los mecanismos necesarios que permitan rechazar una reclamación, ejerciendo las potestades que la ley ofrece y alertando al sector asegurador con miras a proteger a la mutualidad vista como un todo que, reitero, ayude a cimentar una sociedad sana y próspera, que es al final del día, el objetivo del Derecho.

## FRAUDE CONTRACTUAL EN SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

*La ley no es otra cosa que la razón justa, que nos invita imperiosamente a cumplir nuestro deber y nos prohíbe violarlo.*

Cicerón

### CAPÍTULO PRIMERO

#### GENERALIDADES DEL CONTRATO

En la legislación se regulan actos y hechos jurídicos que se han suscitado en algún punto de la convivencia humana. En este mismo orden de ideas nace el concepto de obligación dentro del marco de una sociedad debidamente instituida y con carácter de ser un Estado de Derecho, mismo que sienta las bases para que la autonomía privada ejercite sus poderes o facultades con miras a darle el carácter de relación jurídica a la conducta desplegada. De esta forma, se evidencia la necesidad de contribuir con el fin de edificación de parámetros claros y tutela necesaria para su correcta interpretación y coercibilidad, elementos que requieren encontrarse dentro de los márgenes de los fines o valores jurídicos garantizados por el Derecho.<sup>1</sup>

Los particulares no pueden hacer tratos entre ellos, como si vivieran en lo que llaman “estado de naturaleza” y consentir en cualquier estipulación contractual que pueda convenir a sus intereses, como si no les constriñera ninguna ley. Tales tratos no pueden estar protegidos por las leyes que ellos ofenden, pero como la buena fe debe ser guardada entre las partes que se han obligado recíprocamente, habría que obligar a la parte que rehúse ejecutar lo convenido, a que entregue un equivalente de lo que las leyes no permiten ejecutar en especie. Todas estas peligrosas doctrinas basadas en sutilezas para evadir

---

<sup>1</sup> Cfr. Galindo Garfias, Ignacio, *Teoría general de los contratos*, México, Porrúa, 1996, p.6.

máximas fundamentales, deben desaparecer ante la sanidad de las leyes. Mantener el orden público en una sociedad es la ley suprema.<sup>2</sup>

Siendo éste el estadio de las cosas, se infiere que para que un acto se repunte jurídico y por lo tanto se le dé la connotación de contrato, debe contar con algunas características específicas a fin de cumplir con los efectos que en su celebración se plantearon y, sobre todo, dote a las partes del poder del Estado para que se cumplan:

- a) Autonomía de las partes
- b) Libertad para regular la conducta de las partes
- c) Sanción del derecho

Existen distintas concepciones en torno al concepto de contrato. Derivado sobre todo del uso semántico de la palabra, uno de los primeros puntos a estudiar es justo el que se encuentra en el Código Civil Federal, que distingue Contrato de Convenio en el Capítulo VIII, Libro Cuarto, Primera Parte, Título Primero, Capítulo I “Contratos”, donde alude al siguiente concepto:

Artículo 1792 (*lato sensu*).- Convenio es el acuerdo de dos o más personas para crear, transferir, modificar o extinguir obligaciones.

Artículo 1793 (*stricto sensu*).- Los convenios que producen o transfieren las obligaciones y derechos, toman el nombre de contratos.

Así mismo, el concepto *persé* ha sido delimitado por algunos autores, mismos que se transcriben a continuación:

- “Acuerdo de voluntades que crea, modifica, transmite, conserva o extingue relaciones jurídicas obligatorias”.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup>Cfr. Fenet, *Code civil suivi l'exposition de motifs del'article presente pour les orateurs du gouvernement*, Paris, 1820, t. II, pp. 19-20

<sup>3</sup> Robles Farías, Diego, *Teoría general de las obligaciones*, México, Editorial Oxford, 2011, p. 139.

- El contrato es un acto jurídico, y como tal, es un acto de voluntad de las partes que en él intervienen. Es el acto jurídico típico del derecho privado, y se caracteriza porque las declaraciones de voluntad de las partes que lo celebran son concurrentes, ya que convienen crear relaciones jurídicas entre sí: forman un acuerdo de voluntades o consentimiento, lo que constituye el elemento esencial del contrato.<sup>4</sup>
- El contrato es fuente de relaciones jurídicas, patrimoniales, y sirve para crear, modificar, transferir, conservar y aniquilar derechos propios y de título. Semejantes efectos jurídicos se producen fundamentalmente en esferas de intereses privados a consecuencia de declaraciones y manifestaciones de contenido volitivo de naturaleza privada, sirviendo el contrato de elemento para la composición de conflictos entre las partes.<sup>5</sup>

Podemos apreciar que la noción de contrato tiene diversas acepciones, toda vez que es una fuente importante de las obligaciones en tanto que pondera la voluntad de las partes aunada a la potestad del Estado para el reconocimiento del acto jurídico que se esté celebrando. Cabe destacar que se le han atribuido otros significados que si bien no son idénticos, cumplen con la función de dar mayor riqueza al concepto y observarlo en las distintas situaciones en que se encuentra, dependiendo del momento en que se estudie:

- *Contrato como acto jurídico*: Hace referencia a la celebración de un contrato con el fin de crear una relación jurídica. En este sentido, encontraremos la expresión “las partes contrataron”, sin mayor información acerca del fondo o forma en que haya sido realizado (escrita, verbal, electrónica).
- *Contrato como documento*: La voluntad de las partes quedará, en algunos casos, plasmada en algún escrito, y es correcto referirse a tal con el término contrato, el cual podrá ser físico, electrónico o de cualquier otra índole. Claras

---

<sup>4</sup> Galindo Garfias, *op. cit.*, p. 10.

<sup>5</sup> Muñoz, Luis, *Doctrina general del contrato*, Cárdenas Editor y Distribuidor, 1992, pp. 39-40.

expresiones para este supuesto son “redactar un contrato”, o “enviar el contrato”.

- *Contrato como norma de conducta*: Debe estar enfocado a la protección que por el acto jurídico viene aparejado; es decir, su puntual cumplimiento está derivado del sometimiento voluntario de las partes para obtener ciertos supuestos.

## 2. Elementos esenciales

Para la correcta creación de un vínculo derivado de un contrato, nuestra legislación toma algunos elementos como *esenciales*, y la doctrina los equipara con el término de *existencia*, pues sin ellos no hay nacimiento de la obligación. Serán brevemente analizados en el apartado que nos ocupa.

En el Artículo 1794 CCF se indica que para la existencia del contrato se requiere:

- I. Consentimiento
- II. Objeto que pueda ser materia del contrato

### 2.1 Consentimiento

El consentimiento se refiere a una manifestación de la voluntad entre sujetos de derecho. Su objetivo es generar derechos y adquirir obligaciones, lo cual implica la manifestación de dos o más voluntades y su acuerdo sobre un punto de interés jurídico. Como ya se mencionó, dicha manifestación de voluntad debe ser exteriorizada y puede realizarse de dos formas:

- De manera expresa: Consiste en manifestarse con la palabra, por la escritura o por los signos inequívocos.
- De manera tácita: Se exterioriza por una conducta que autorice a inferir la voluntad negociable y la intención de contratar. El consentimiento tácito es el que proviene de una actitud o conducta que revela la

intención de contratar, por ello no es necesaria una declaración por medio del lenguaje oral o escrito.

Al respecto, el Código Civil Federal indica:

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

Ahora bien, cuando se habla del consentimiento, se infiere que éste se da entre *presentes*, de forma tal que “las partes cuenten con plena soberanía para contratar, para expresar su voluntad libremente, sin encontrar un límite jurídico, y si el derecho objetivo sanciona y reconoce los efectos de esa manifestación libre de voluntad”.<sup>6</sup>

Sin embargo, existe también el contrato entre ausentes, presentando así un embrollo (jurídicamente hablando) respecto al momento en que se entiende celebrado un contrato. La doctrina ha dividido en cuatro momentos la formación del consentimiento:

#### 2.1.1 Teoría de la declaración

“Si el consentimiento es el acuerdo de voluntades, hay acuerdo en el momento en que el aceptante declara su conformidad con la oferta y no es necesario que el oferente sepa que ya existe conformidad”.<sup>7</sup>

#### 2.1.2 De la expedición

Se identifica como el momento en que se expide la carta o telegrama que contiene la aceptación, salvaguardando la seguridad jurídica del oferente al

---

<sup>6</sup> Rojina Villegas, Rafael, *Teoría general de las obligaciones o derechos de crédito*, México, Ediciones Encuadernables, 1943, p. 405.

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 410.

tomarse como punto de referencia el día y hora de depósito de la carta o el telegrama.<sup>8</sup>

### 2.1.3 De la recepción

“El consentimiento se concluye en el momento mismo que el proponente recibe la aceptación por parte del destinatario de la oferta. En este tipo de contratos es posible revocar la oferta o la aceptación si la retira su autor y el destinatario recibe la retractación antes que la oferta o la aceptación”.<sup>9</sup>

En México esta postura se encuentra respaldada por los Artículos 1807 y 1808 del Código Civil Federal y 80 del Código de Comercio:

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

Artículo 1808 CCF.- La oferta se considerará como no hecha si la retira su autor y el destinatario recibe la retractación antes que la oferta. La misma regla se aplica al caso en que se retire la aceptación.

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

### 2.1.4 De la información

Requiere que para que el consentimiento se forme y exista el contrato, las partes conozcan plenamente los términos de la oferta y de la aceptación, que jurídicamente el consentimiento no consiste sólo en la declaración de voluntades, sino en el conocimiento recíproco de esas voluntades, porque el oferente, entre tanto no sepa los términos de la aceptación, en realidad desconoce si el contrato se ha celebrado o no.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Cfr. Rojina Villegas, Rafael, *op. cit.*, p. 412.

<sup>9</sup> Rojas Amandi, Víctor Manuel, “El perfeccionamiento del consentimiento en la contratación electrónica”, Biblioteca Jurídica Virtual, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/249/art/art14.pdf> pp. 6

<sup>10</sup> Rojina Villegas, Rafael, *op. cit.*, p. 414.

## 2.2 Objeto

Se refiere al contenido de la prestación materia del contrato; es decir, la obligación que se adquiere se traduce en una conducta a realizarse entre las partes que intervienen en la contratación, tomando en cuenta que el objeto de un contrato tiene un doble aspecto: el objeto directo y el objeto indirecto.

### 2.2.1 Objeto Directo

En los contratos, se refiere a la creación o transmisión de derechos u obligaciones, o de situaciones jurídicas completas.

### 2.2.2 Objeto Indirecto

Se refiere a la cosa que se transmite en sí (hecho o abstención que se transmite); es decir, el bien que el obligado debe prestar y el hecho que el obligado debe hacer o no hacer.

Al respecto, en la ley se indica:

Artículo 1824 CCF. Son objeto de los contratos:

- I. La cosa que el obligado debe dar.
- II. El hecho que el obligado debe hacer o no hacer.

Cuando se trata de cosas:

Artículo 1825. La cosa objeto del contrato debe:

- Existir en la naturaleza.
- Ser determinada o determinable en cuanto a su especie.
- Estar en el comercio.

Artículo 1826. Las cosas futuras pueden ser objeto de un contrato...

Cuando se trata de hechos:

Artículo 1827. El hecho positivo o negativo, objeto del contrato, debe ser:

- I. Posible: Se refiere a que se elaborará un contrato sobre un hecho que pueda existir y que sea compatible con las leyes naturales y jurídicas, sin que para su realización exista un obstáculo insuperable (Artículo 1828).
  
- II. Lícito: Se refiere a que cualquier derecho y obligación adquirida a consecuencia de un contrato deberá ser acorde con la legislación de orden público y las buenas costumbres (Artículo 1830).

En materia comercial, y en referencia a la licitud contractual, la legislación regula:

Artículo 77 del Código de Comercio.- Las convenciones ilícitas no producen obligación ni acción, aunque recaigan sobre operaciones de comercio.

Es importante aclarar que en el contrato, el objeto no es la cosa o el hecho; estos son los objetos indirectos de la obligación, y son creados por el contrato como acto jurídico, que a su vez tiene por objeto la cosa o el hecho. Sin embargo, existe gran confusión al respecto, como puede observarse en el Artículo 1854 del CCF.

### 2.3 Solemnidad

La solemnidad consta de una serie de actos y constancias específicas y determinadas por la ley para dar certeza jurídica a las partes. Como bien sabemos, esto es una reminiscencia histórica del Derecho Romano, donde la eficacia de los actos jurídicos estaba determinada por ciertas costumbres sumamente rígidas, como la serie de preguntas ineludibles que las partes recitaban a fin de darle eficacia al *Stipulatio*:

-¿*Dari spondes?* (¿Prometes dar?)

-*Spondeo* (Prometo)

Existen dos razonamientos fundamentales para establecer que un acto jurídico revista una forma especial:

- a) Conveniencia para facilitar la prueba de su celebración (*probationis causa*)
- b) Cuando la forma se convierte en fondo, y su falta o la más leve variación en su ejecución, implica la ineficacia insuperable del acto (*solemnitatis causa*), lo cual dificulta la supresión o suposición de éste.

Respecto a sus efectos, si adolece de falta de solemnidad, estará afectado de inexistencia, y por lo tanto, de ineficacia insuperable.

Es prudente realizar la acotación de que para la materia mercantil, de conformidad con el Artículo 78 del Código de Comercio: “cada uno se obliga en la manera y términos que aparezca que quiso obligarse, sin que la validez del acto comercial dependa de la observancia de formalidades o requisitos determinados”. No obstante, en caso de controversia será obligación de las partes establecer los términos en que se obligaron, como se observa en la siguiente tesis aislada:

Tesis: I.5o.C.6 C, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, 205199, Tribunales Colegiados de Circuito, t. I, Mayo de 1995, p. 354, Tesis Aislada (Civil)

#### CONTRATOS MERCANTILES. VALIDEZ DE LOS.

Una correcta interpretación del Artículo 78 del Código de Comercio, lleva a la convicción de que, si bien es verdad que la validez del acto comercial no depende de la observancia de formalidades o requisitos determinados, ello no releva a las partes de la obligación que tienen de demostrar en el juicio la manera y términos en que quisieron obligarse en el acto comercial.

## QUINTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 1915/95. Bass Industrial, S. A. de C.V. 27 de abril de 1995. Unanimidad de votos. Ponente: María Soledad Hernández de Mosqueda. Secretario: Régulo Pola Jesús.

### 3. Requisitos de validez

Un requisito de validez es aquel que, independientemente de la efectiva existencia de un contrato, aporta elementos para que un contrato se considere válido, tal y como se advierte en el Artículo 1795 del Código Civil Federal, donde se explica que los contratos pueden ser invalidados si alguna de las partes que interviene en la celebración no tiene capacidad legal contractual; cuando haya existido un vicio en el consentimiento; cuando su objeto, fin o motivo sea ilícito, o porque el consentimiento no se manifestó en la forma prevista por la ley.

Artículo 1795 CCF. El contrato puede ser invalidado:

- I. Por incapacidad legal de las partes o de una de ellas
- II. Por vicios del consentimiento
- III. Por incluir un objeto, o motivo o fin ilícito
- IV. Porque el consentimiento no se haya manifestado en la forma que la ley establece.

#### 3.1 Licitud en el objeto, motivo o fin:

Como se mencionó, quienes deseen celebrar un contrato deberán hacerlo sólo en torno a aquello que se considera legal y acorde con la legislación positiva que rige.

El objeto es un elemento de validez en tanto que se trata de un elemento de existencia posible, por lo que debe ser lícito. De no ser así, y de conformidad con el Artículo 2225 del Código Civil Federal, estaría afectado de nulidad relativa o absoluta según el caso.<sup>11</sup> De igual manera, y abarcando el aspecto más bien psicológico de las partes que celebran el acto jurídico, el motivo es, precisamente, la motivación inicial de la celebración, y el fin, la búsqueda última del contrato. Se entiende, entonces, que las partes deberán actuar conforme a lo dispuesto por el Artículo 6o. (concatenado con el 8o. del Código Civil Federal), en todas estas variables, lo cual implica que la voluntad de los particulares no se puede eximir de la observancia de la ley, ni ser alterada o modificada. Además, sólo son factibles de renuncia los derechos privados que no afecten el orden público, y aquellos ejecutados en contraposición con esta disposición, serán nulos.

El término Lícito se refiere a que cualquier derecho y obligación adquirida a consecuencia de un contrato deberá ser acorde con la legislación de orden público y las buenas costumbres (Artículo 1830). En materia comercial, se considera que las convenciones ilícitas no producen obligación ni acción, aunque recaigan sobre operaciones de comercio (Artículo 78, Código de Comercio).

### 3.2 Capacidad

Se refiere a la aptitud legal de la que gozan las personas para adquirir derechos y ser sujetos de obligaciones. En la celebración de contratos, es un requisito de validez que los contratantes tengan capacidad legal para poder obligarse. Al respecto, la legislación civil local nos indica que:

Artículo 1798. Son hábiles para contratar todas las personas no exceptuadas por la ley.

---

<sup>11</sup> Cfr. Baca Villareal, Ma. del Carmen, "Requisitos del objeto en el acto jurídico y las consecuencias de su inobservancia", Biblioteca Jurídica Virtual, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/175/dtr/dtr1.pdf>, p. 22.

En el particular, el legislador utilizó la frase “habilidad para contratar” como sinónimo de capacidad contractual. En ese sentido, se señala que podrán hacerlo aquellos que no estén exceptuados por la ley, específicamente, los menores de edad, quienes se consideran incapaces para contratar porque no pueden comparecer ni adquirir obligaciones por sí mismos (Artículo 450 del Código Civil Federal). También se refiere a los mayores de edad que, legalmente, han sido declarados en estado de interdicción (incapaces) y no pueden celebrar por sí mismos actos contractuales; estos y aquellos sólo podrán hacerlo a través de sus representantes.<sup>12</sup>

Debe tomarse en cuenta un requisito adicional previsto para los contratos mercantiles, toda vez que en la definición legal para adquirir la calidad de comerciante se exige como condición que el individuo tenga capacidad legal para contratar: en los contratos de naturaleza mercantil se deberá gozar de capacidad legal para ejercer el comercio (para realizar actos aislados de comercio, se requiere la capacidad civil para contratar).

### 3.3 Ausencia de vicios de la voluntad

Se considera un vicio de la voluntad aquel defecto o anomalía presente en la celebración de un contrato que pueda provocar una discordia entre la voluntad interna y la declarada. Respecto de los actos jurídicos, la voluntad, tanto en su formación como en su exteriorización, debe ser seria, consciente y libremente emitida; es decir, que se haya dado sin defecto, pues en ese caso, se invalidaría.

Estos vicios pueden ser causados por la falta espontánea o provocada de conocimiento, o por la falta de libertad, física o moral.

Los vicios de la voluntad están previstos en el Artículo 1812 de la legislación civil federal en comento, y son: el error, la violencia, el dolo y la mala fe.

---

<sup>12</sup> Cfr. Rojina Villegas, Rafael, *Compendio de Derecho Civil III, Teoría general de las obligaciones*, 11<sup>a</sup>. ed., México, Porrúa, 1982, p. 128.

### 3.3.1 Error

Manuel Bejarano Sánchez considera que en “el lenguaje común es un concepto falso de la realidad, es una creencia no conforme con la verdad”.<sup>13</sup> El error es una falsa apreciación de la realidad, es decir, una idea inexacta que se forma una de las partes contractuales sobre uno de los elementos del contrato, mismo que nos lleva a creer que algún hecho falso es verdadero o viceversa. Dicho error implica el defecto de concordancia entre la voluntad verdadera, la voluntad interna y la voluntad declarada, lo que crea un desequilibrio en el contrato.

Para que un contrato se considere inválido alegando error, éste deberá recaer sobre el motivo determinante de la voluntad de cualquiera de los que contratan, si en el acto de la celebración se declara ese motivo, o si se prueba que se celebró en el falso supuesto que lo motivó y no por otra causa. Cuando el error sólo sea de cálculo, se estimará que el contrato es válido, y sólo dará lugar a la rectificación del mismo (Artículo 1813 y 1814).

Frecuentemente se dan dos tipos de error contractual: por una parte, el error de hecho, que es el que recae sobre las circunstancias específicas de hecho del contrato, y el error de derecho, que incide sobre la interpretación, el sentido o la aplicación de la norma jurídica.

### 3.3.2 Dolo

El error puede haber sido provocado o mantenido deliberadamente por maniobras o artificios realizados por la otra parte contratante o por tercero con anuencia de ella. La actitud malévolamente de pretender aprovecharse de un error ajeno, ya provocándolo, ya manteniéndolo

---

<sup>13</sup> Bejarano Sánchez, Manuel, *Obligaciones civiles*, México, Harper & Row Latinoamérica, 1984, p 95.

engañosamente, se llama dolo en materia civil y cuando asume formas de extrema gravedad constituye la figura delictiva del fraude.<sup>14</sup>

El dolo se refiere a cualquier sugestión o artificio que se emplee para inducir al error o mantener en él a uno de los contratantes. En un sentido amplio, el dolo es la realización consciente y voluntaria de un acto antijurídico; este engaño es cometido en la conclusión de los actos jurídicos, de tal forma que podría considerarse como un error provocado, donde queda evidenciado que sin él, el contrato se habría realizado en otros términos. Es preciso que el dolo haya sido cometido por uno de los contratantes en contra del otro, o por un tercero con conocimiento de una de las partes contratantes (Artículos 1815, 1816 y 1817).

### 3.3.3 Mala fe

Por mala fe se entiende la disimulación del error de uno de los contratantes, una vez conocido. Es una conducta negativa, ya que procede por omisión o bien es consecuencia de una actitud pasiva que se abstiene de alertar a la otra parte sobre el error, lo disimula y se aprovecha de él.<sup>15</sup> (Artículo 1815 CCF).

### 3.3.4 Violencia

Por violencia se entiende el uso de la fuerza para conseguir un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo. Se considera sinónimo de coacción, y comprende tanto la fuerza o violencia física como el miedo o violencia moral. En la celebración de contratos, se considera que existe violencia cuando se emplea fuerza física o amenazas que impliquen el peligro de perder la vida, la honra, la libertad, la salud, o una parte considerable de los bienes del contratante, de su cónyuge, de sus ascendientes, de sus descendientes o de sus parientes colaterales dentro del segundo grado.

Se encuentra consagrado en el Artículo 1819 del Código Civil Federal, que a la letra indica:

---

<sup>14</sup> Bejarano Sánchez, Manuel, *op. cit.*, p. 99.

<sup>15</sup> Cfr. *Idem*.

Artículo 1819.- Hay violencia cuando se emplea fuerza física o amenazas que importen peligro de perder la vida, la honra, la libertad, la salud, o una parte considerable de los bienes del contratante, de su cónyuge, de sus ascendientes, de sus descendientes o de sus parientes colaterales dentro del segundo grado.

Al respecto, Bejarano Sánchez considera que esta disposición legal es insuficiente y casuística toda vez que “si lo que se sanciona en la violencia es la falta de libertad en la decisión, el precepto no contiene las hipótesis generales en las que esa situación puede producirse y, por el contrario, posibilita la ineficiencia de actos en los cuales la intimidación ni hubiera sido determinante”.<sup>16</sup>

En este orden de ideas, y tomando como base fundamental e inamovible las generalidades del contrato, es que se debe dar pauta al contrato de seguro que nace como respuesta comunitaria ante las posibles ocurrencias dañosas, y que sigue las generalidades expuestas en el capítulo que nos ocupa y que con el paso del tiempo ha ido desarrollando características individuales propias y específicas, mismas que se abordarán de forma detallada en el siguiente capítulo.

---

<sup>16</sup> Bejarano Sánchez, Manuel, *op. cit.*, p 103.

## CAPÍTULO SEGUNDO

### GENERALIDADES DEL CONTRATO DE SEGURO

La vida, tanto personal como económica, es sin duda dinámica, con lo cual las personas se encuentran expuestas al posible menoscabo en sus bienes o salud,, la pérdida total o parcial de un patrimonio, e incluso la muerte, lo cual, por supuesto, puede tener consecuencias aciagas. Es por ello que las personas se han unido a fin de hacer frente de manera solidaria a tales eventos, creando para tal efecto los seguros, mismos que minimizan el impacto económico por medio de una indemnización.

Esto pone de relieve la importancia práctica que tiene el contrato de seguro y cuyo nombre deriva de la tranquilidad que brinda al asegurado, al saber que en caso de que ocurra un siniestro, el daño será soportado por otro. Este proceso se basa técnicamente en la ley de los grandes números y el cálculo de la probabilidad, a partir de la cuales se examina la probabilidad de los riesgos, la suma asegurada y el monto de la prima.

#### 1. Concepto

El Artículo 1° de Ley Sobre el Contrato de Seguro lo define de la siguiente manera: “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.”

Para Fernando Blanco, es: “aquél por el que un asegurador se obliga mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.”<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Blanco Giralindo, Fernando Luis, *La ley de contrato de seguro en la jurisprudencia y en la doctrina judicial*, Madrid, Editorial Dykinson, S.L., 1999, p. 3.

Según Barbero, “es aquel por el que una parte, el asegurador, contra pago de una prima, se obliga a indemnizar al asegurado dentro de los límites convenidos, del daño que experimente a consecuencia de un siniestro o a pagar un capital, o una renta, al verificarse un evento ateniendo a la vida humana.”<sup>18</sup>

Para Halperin, el contrato de seguro es:

Un contrato oneroso por el que una parte (asegurador) espontáneamente asume el riesgo y por ello cubre una necesidad eventual de la otra parte (tomador del seguro) por el acontecimiento de un hecho determinado mediante el pago de una prestación apreciable en dinero, por un monto determinado o determinable, y en el que la obligación, por lo menos de una de las partes, depende de circunstancias desconocidas en su gravedad o acaecimiento.<sup>19</sup>

Víctor Castrillón considera:

Es aquel por virtud del cual una institución debidamente autorizada por el Gobierno Federal y organizada para tal efecto se obliga mediante el pago de una cantidad denominada prima, a cubrir un riesgo, y en su caso, a resarcir al beneficiario designado en el contrato, del pago de las consecuencias dolosas derivadas de la realización de un evento incierto, denominado siniestro, en los términos y bajo las condiciones pactadas, que se hacen constar en un documento denominado póliza.<sup>20</sup>

Por lo tanto, considero que el contrato de seguro es: aquel por medio del cual la aseguradora queda obligada, mediante el pago de una prima y de acuerdo con las cláusulas contratadas, a indemnizar al asegurado o beneficiario de realizarse alguno o algunos de los riesgos cubiertos.

---

<sup>18</sup> Barbero, Domenico, *Sistema del Derecho Privado*, trad. de Santiago Sentís Melendo, Buenos Aires, Ediciones Jurídicas Europa- América, 1967, t. IV, Contratos, p. 487.

<sup>19</sup> Halperin, Isaac, *Contrato de Seguro*, 2a ed., Buenos Aires, Ediciones Depalma, 1966, p. 31.

<sup>20</sup> Castrillón y Luna, Víctor M., *Tratado de Derecho Mercantil*, México, Porrúa, 2008, p. 687.

## 2. Clasificación

El contrato de seguro es:

- a) Típico.- Está debidamente reconocido y normado por la legislación nacional.
- b) Principal.- Existe por sí mismo y no requiere de otro para su existencia.
- c) Consensual.- Inicia con una oferta que, para su correcta configuración, deberá tener aparejadas las Condiciones Generales elaboradas por la aseguradora y firmadas por el proponente del riesgo y futuro tomador, quien por este acto estará obligado a mantener dicha oferta durante 15 o 30 días, dependiendo de la necesidad de realizar examen médico (Artículos 5 y 7 LSCS). A partir de que el oferente tiene conocimiento de la aceptación de su oferta, el contrato se perfecciona, aun cuando no se haya satisfecho el pago de la prima (Artículo 21, Fracción 1, LSCS).
- d) Bilateral.- Se celebra entre la aseguradora y el tomador o contratante, denominado *asegurado*.
- e) Oneroso.- El contratante debe pagar la prima del seguro a la aseguradora para que ésta quede obligada a indemnizarlo en caso de que suceda el riesgo previsto en el contrato. La aseguradora es, a su vez, acreedora a la prima y deudora de la obligación en cuanto el evento previsto se realice. En caso de no realizarse siniestro alguno, la retención de la prima es consecuencia del riesgo asumido.
- f) Sujeto a condición.- La obligación de la aseguradora está sujeta a que suceda o no el acontecimiento previsto en condiciones.
- g) Aleatorio.- Depende, como el término indica, de un hecho fortuito, y por tanto no se sabe si sucederá, o en qué fecha y lugar.
- h) De tracto sucesivo.- Es de duración continuada por todo el tiempo que dure el contrato.
- i) Consensual.- El contrato de seguro no requiere ninguna formalidad; sin embargo, para fines de prueba debe constar por escrito las especificaciones de las Condiciones Generales del contrato, sus modificaciones y la póliza (Artículos 19, 20 y 27 LSCS).

- j) De adhesión.- Las condiciones del contrato suelen establecerse de manera unilateral por la compañía aseguradora, y plasmadas en la póliza que al efecto se expida.

### 3. Elementos personales

Los elementos personales del contrato de seguro son el tomador del riesgo y la aseguradora, aunque del contenido del contrato y las obligaciones en él pactadas, derivan otros elementos personales dependiendo del caso en concreto, tales como el beneficiario, el tercero y el asegurado. Esto, en atención a los señalamientos del autor Oscar Vásquez Mercado, quien señala:

El contratante o tomador puede ser titular de la prestación a que se obliga el asegurador, por ser el detentado del interés asegurado, pero que tal persona no necesariamente es el titular de los derechos que dimanen del contrato, sino otro, en cuya esfera patrimonial viene a incidir el riesgo y que tiene la necesidad la cobertura del seguro; es el asegurado, que tiene derecho a la prestación del asegurador, porque es el titular del interés asegurado.<sup>21</sup>

En este sentido, Arturo Díaz Bravo complementa diciendo: “por regla general, el tomador es quien contrata el seguro, en tanto que es el titular del interés asegurado; sin embargo, es posible que quien realice el contrato, sea diverso del asegurado, y así aparece la distinción entre el contratante, que es quien toma parte en el seguro, y el asegurado, que es el titular del interés asegurado.”<sup>22</sup>

#### 3.1 Obligaciones de las partes

El contrato de seguro es bilateral y por lo tanto tiene obligaciones para ambas partes, mismas que a continuación se enumeran:

---

<sup>21</sup> Vásquez Mercado, Oscar, *Contratos mercantiles*, 7a ed., México, Porrúa, 2003, p. 218.

<sup>22</sup> Díaz Bravo, Arturo, *Contratos mercantiles*, México, Iure Editores, 2003, p. 140.

La aseguradora tiene las siguientes obligaciones:

1. Asume el riesgo. Está obligada a hacer frente a las eventualidades previstas en el contrato y más aún, siempre que sean de la misma naturaleza y no se encuentren expresamente excluidos ciertos acontecimientos (Artículo 59 LSCS).
2. Es la única obligada. Si bien las aseguradoras pueden reasegurar el riesgo contraído en relación con el asegurado, será la responsable de indemnización en caso de que ocurra el siniestro.
3. Pago de la indemnización prevista en el contrato. La obligación principal de la aseguradora es resarcir el daño o pagar cierta suma de dinero al ocurrir la eventualidad prevista en el contrato.  
  
Esta obligación subsistirá aun si hay culpa grave del asegurado (Artículo 78 LSCS), respecto de aquellos de los que éste es civilmente responsable (Artículo 79 LSCS), y las que ocurran por incumplimiento de un deber humano (Artículo 80 LSCS).
4. Expedir formato de oferta del contrato. Estos documentos deberán ir acompañados de las Condiciones Generales para su debido perfeccionamiento.
5. Expedir póliza de seguro. Es necesario expedir duplicado de la póliza al asegurado o beneficiario, a su costa y pedimento (Artículo 20 LSCS).
6. Documentar el negocio para fines de prueba. La empresa aseguradora sólo podrá entregar documentales como prueba de su dicho, mismas que deberán estar escritas o impresas en caracteres fácilmente legibles. Esto incluye a la póliza, endosos, certificados, notas de cobertura, solicitudes de seguro, los formularios de ofertas suministrados por las empresas y, en general, todos los documentos usados en la contratación del seguro (Artículo 24 LSCS).
7. Pulcritud en el manejo del negocio. En lo referente a las omisiones o falsas declaraciones, la aseguradora no podrá rescindir el contrato si se coloca en los siguientes supuestos (Artículo 50 LSCS), puesto que se entiende que es perito en la materia:

- A. Si la empresa provocó la omisión o una declaración inexacta.

- B. Si la empresa conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado.
  - C. Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado.
  - D. Si la empresa renunció al derecho de rescisión del contrato por esa causa.
8. Obligación de avisar de cambio de domicilio al asegurado. So pena de perder los derechos inherentes a falta de aviso o aviso tardío (Artículos 72 y 73 LSCS).

Ahora bien, las obligaciones del tomador del riesgo, asegurado o beneficiario son:

1. Declarar hechos relevantes. Desde la proposición del riesgo, esta declaración debe hacerse por escrito, a partir del cuestionario para tal efecto proporcionado por la aseguradora. Se incluirán todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueda influir en las condiciones convenidas, las que conozca o las que deba conocer en el momento de la celebración del contrato, tanto propios como del representado o a cuenta de quien se propone (Artículos 8, 9 y 10 LSCS).
2. Pago de la prima. Podrá realizarse durante todo el periodo fraccionado y de igual duración que integre la vigencia total del contrato, ya que la primera prima vence al momento de la celebración del contrato y al comienzo de cada nuevo periodo. Su omisión dentro del plazo convenido cesa automáticamente los efectos del contrato a las 12 horas del último día del periodo correspondiente (Artículos 36, 37, 38 y 40 LSCS).
3. Aviso de agravación del riesgo. Debe comunicar a la empresa aseguradora cualquier agravación esencial que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 horas siguientes al momento de adquirirlo (Artículo 52 LSCS). Se presume que el asegurado conoce toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Se entiende como agravación esencial todo hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga (Artículo 53, Fracción I LSCS).

4. Aviso del siniestro. Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora. Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para dar aviso, mismo que deberá hacerse por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa (Artículo 66 LSCS).

#### 4. Elementos esenciales

Son aquellos necesarios para el nacimiento del contrato de seguro, ya que su incumplimiento provocaría la anulación de éste, y en consecuencia, la nada jurídica.

##### 4.1 Consentimiento

El proponente del riesgo es el contratante, por lo que en este acto hace patente su voluntad para generar una relación jurídica específica. Cabe recordar que si la oferta no coincide con el contenido de la póliza, podrá pedir la rectificación dentro de los treinta días siguientes a su recepción (Artículo 25 LSCS). En el caso de mayores de doce años en el ramo de vida, es indispensable el consentimiento del asegurado menor de edad y representante del mismo; de lo contrario, el contrato se considerará nulo.

La aseguradora configura el consentimiento cuando expide la póliza para el riesgo cubierto dentro del plazo establecido por la ley, perfeccionando el contrato de seguro; si excede del término legal, tendrá carácter de contrapropuesta. Al respecto, se transcribe tesis aplicable:

Tesis: 1a./J. 53/2013 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, 2004178, Primera Sala, Libro XXIII, Agosto de 2013, t. 1, p. 466, Jurisprudencia (Civil)

## CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. SU PERFECCIONAMIENTO (INTERPRETACIÓN DEL ARTÍCULO 21 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO).

*El contrato de seguro es consensual y, por lo tanto, se perfecciona con el mero consentimiento de las partes. El precepto citado acoge, en su fracción I, la teoría de la información para la integración del consentimiento, ya que dispone que el contrato de seguro se perfeccione desde el momento en que el proponente "tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta". Para efectos de dicho contrato, el proponente es quien realiza una oferta a la aseguradora para contratar un seguro, mediante el llenado y firma del formulario que le es proporcionado, quien conforme al Artículo 5o. de la propia ley, queda vinculado con su oferta durante quince días, que pueden extenderse a treinta cuando se requiere que el posible asegurado se realice un examen médico. Transcurrido dicho plazo sin que la aseguradora dé una respuesta, el proponente queda desligado de su oferta, y por lo tanto, puede rechazar cualquier aceptación extemporánea, la cual tendrá, en su caso, el carácter de una contrapropuesta. Sin embargo, es necesario que la aseguradora manifieste su voluntad de aceptar la oferta dentro del plazo durante el cual el proponente está vinculado para que se integre el consentimiento, ya que el silencio u omisión de dar una respuesta no puede considerarse como una aceptación de la oferta cuando se trata de la celebración del seguro de personas o del incremento de la suma asegurada en los términos del Artículo 6o. de la propia ley. Ahora bien, de la fracción III del citado Artículo 21, se desprenden dos cuestiones: por un lado, una regla general, conforme a la cual los contratos de seguro pueden celebrarse a plazo, lo que permite que las partes difieran la exigibilidad de los derechos y obligaciones derivados del contrato hasta el vencimiento del plazo pactado, sin limitar los casos o tipos de seguros que pueden celebrarse a*

plazo, en el entendido de que el contrato de seguro que se celebra a plazo también se perfecciona en el momento en que el proponente tiene conocimiento de la aceptación de su oferta; y por otro lado, una regla especial, que acota el plazo que puede pactarse para los contratos de seguro de vida. Conforme a lo anterior, el contrato de seguro de vida se puede celebrar a plazo, independientemente de si se requiere examen médico o no. Lo que la citada fracción III hace, es acotar el plazo que puede pactarse para los contratos de seguro de vida, de manera que el plazo al que se sujeten los efectos del contrato no pueda ser mayor a treinta días, contados a partir del examen médico que se realice el asegurado cuando éste se requiera o, en su defecto, contados a partir de la fecha en que el proponente realizó la oferta. De ahí que si el proponente fallece antes de conocer que la aseguradora aceptó su oferta, el contrato no se perfecciona, porque en los términos del Artículo 45 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el contrato es nulo si al momento de su celebración -perfeccionamiento del contrato- el riesgo ha desaparecido o ya se realizó.

CONTRADICCIÓN DE TESIS 90/2013. Suscitada entre el Tercer Tribunal Colegiado en Materias Civil y de Trabajo del Décimo Sexto Circuito y el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito. 8 de mayo de 2013. La votación se dividió en dos partes: mayoría de cuatro votos en cuanto a la competencia. Disidente: José Ramón Cossío Díaz. Unanimidad de cinco votos en cuanto al fondo. Ponente: Jorge Mario Pardo Rebolledo. Secretaria: Rosa María Rojas Vértiz Contreras.

Tesis de jurisprudencia 53/2013 (10a.). Aprobada por la Primera Sala de este Alto Tribunal, en sesión de fecha veintidós de mayo de dos mil trece.

#### 4.2 Objeto

Desde un punto de vista integral, el objeto del contrato de seguro es trasladar la posible ocurrencia de un hecho dañoso a la compañía aseguradora bajo ciertas condiciones y exclusiones claras, que permitan hacer frente al siniestro

y minimizar el impacto económico que puede tener sobre el patrimonio del asegurado.

#### 4.2.1 Directo

La creación o transmisión de derechos y obligaciones se cumple cabalmente, pues desde que se acepta la oferta nace una relación jurídica que crea ciertos derechos y obligaciones entre las partes.

#### 4.2.2 Indirecto

En el contrato de seguro se refiere a las obligaciones conjuntivas que las partes se comprometen a hacer o no hacer, así como a dar ciertas prestaciones y realizar omisiones.

En cuanto a las obligaciones que se deben hacer, el asegurado deberá avisar de la ocurrencia de un siniestro o la posible agravación del riesgo; colaborar con toda la información derivada del siniestro; notificar en caso de venta de la cosa asegurada quedando obligado solidariamente con el nuevo adquirente al pago de la prima; ejecutar actos que tiendan a disminuir o evitar el daño, y hacer del conocimiento de todas las aseguradoras con que haya contratado por un mismo riesgo e interés durante igual periodo de tiempo la concurrencia de seguros (Artículos 52, 66, 100, 106 y 113 LSCS). La aseguradora en contraparte generará los cuestionarios relativos a la oferta de un riesgo, mismos que deberán estar acompañados de las condiciones para el producto en específico, y de la entrega de la póliza de seguro correspondiente (supra 3.1, apartado 5), la cual deberá comunicar al asegurado de la rescisión del contrato por falsas o exactas declaraciones en un plazo no mayor a treinta días después de que las conozca (Artículo 7, 48).

Para dar primordial atención al asegurado, es indispensable el pago de la prima en los plazos convenidos. De igual forma, la aseguradora en contra parte está obligada a dar la indemnización debida después de treinta días de la recepción de los documentos que le permitan conocer el fundamento de la reclamación (Artículos 34 y 71 LSCS).

Las obligaciones relativas a no hacer, implican no cambiar sin consentimiento de la aseguradora el estado de las cosas después de ocurrido el siniestro, salvo por razones de interés público o para evitar o disminuir el daño (Artículo 114 LSCS).

#### 4.3 Riesgo

El riesgo, entendido como un acontecimiento futuro e incierto para ambos contratantes, es un elemento esencial para el contrato de seguro, ya que si éste no existiera o ya se hubiera realizado antes de la celebración del contrato, se considerará nulo (Artículo 45 LSCS). Lo anterior, de conformidad con la siguiente tesis:

Tesis: 1a. CCXXIX/2013 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, 2004179, Primera Sala, Libro XXIII, Agosto de 2013, t. 1, p. 737, Tesis Aislada (Civil)

**CONTRATO DE SEGURO. LA EXISTENCIA DEL RIESGO CONSTITUYE UN ELEMENTO ESENCIAL PARA SU VALIDEZ.**

Por virtud del contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato. Es un contrato bilateral, oneroso y aleatorio, en el que el riesgo constituye un elemento esencial para su validez, ya que en caso de no existir, el contrato de seguro es nulo o se resuelve de pleno derecho, conforme a los artículos 45 y 46 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. El riesgo se define como un suceso dañoso, futuro e incierto, que es universal o general. En cambio, el siniestro constituye la realización del daño temido, que es de carácter particular. Esto significa que al verificarse el riesgo previsto en el contrato se produce lo que se conoce como siniestro. En el caso de los seguros de vida, si bien es cierto que la muerte es un hecho futuro, pero no incierto -

pues se sabe que inevitablemente acontecerá-, sí existe incertidumbre respecto de la fecha y forma en que tendrá lugar, por lo cual, es posible considerarla técnicamente como riesgo en materia de seguros. Sin embargo, si quien pretendía asegurar su vida fallece antes de que la aseguradora comunique su aceptación del contrato, el contrato de seguro no puede perfeccionarse porque le hace falta un elemento esencial para su validez: el riesgo de que el asegurado muera.

CONTRADICCIÓN DE TESIS 90/2013. Suscitada entre el Tercer Tribunal Colegiado en Materias Civil y de Trabajo del Décimo Sexto Circuito y el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito. 8 de mayo de 2013. La votación se dividió en dos partes: mayoría de cuatro votos en cuanto a la competencia. Disidente: José Ramón Cossío Díaz. Unanimidad de cinco votos en cuanto al fondo. Ponente: Jorge Mario Pardo Rebolledo. Secretaria: Rosa María Rojas Vértiz Contreras.

Nota: Esta tesis no constituye jurisprudencia, ya que no resuelve el tema de la contradicción planteada.

## 5. Elementos de validez

### 5.1 Capacidad

Para llevar a cabo el contrato de seguro es indispensable que la capacidad de las partes esté plenamente demostrada, de tal suerte que es posible que al ostentarse como aseguradora sin estar constituida como tal, se esté cometiendo un delito y no produzca efecto para el asegurado, puesto que como tal, el contrato no existió. En el caso de la celebración de un seguro de vida para un mayor de doce años, debe considerarse que legalmente carece de capacidad, y aunque éste debe dar su consentimiento, será debidamente subsanado con el consentimiento de su representante.

## 5.1.1 Compañía aseguradora

### 5.1.1.1 Constitución

Una compañía aseguradora sólo podrá conformarse por una sociedad anónima autorizada para organizarse y operar conforme a la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas como institución de seguros, siendo su objeto la realización de operaciones de Vida, Enfermedades y Accidentes y Daños (Artículo 2o., Fracciones XVI y 25 LISF).

## 5.1.2. Asegurado

### 5.1.2.1 Representación

El contrato de seguro podrá celebrarse por conducto del representante o incluso por el contratante, quien no necesariamente contará con poder suficiente, como en el caso de los seguros de gastos médicos de grupo, en los cuales el contratante será, por lo regular, el Patrón, y los asegurados, los Trabajadores. Sin embargo, todos estos posibles proponentes deberán declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato (Artículos 8-11 LSCS). A su vez, la aseguradora podrá solicitar información adicional al momento en que suceda el siniestro, pues como bien sabemos, el seguro es por excelencia un contrato de buena fe y muy dinámico, por lo cual se privilegia la rápida contratación en aras de la protección económica del contratante, y a mayor escala, de la vida financiera del país.

Es importante destacar que la ley impone la misma carga respecto a la contratación de acuerdo con los requisitos mínimos de probidad que deben ser declarados a la aseguradora a fin de que la póliza sea debidamente suscrita cuando sea contratada por el asegurado, o bien, por su representante. En el caso de que exista un intermediario, éste deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos por el tercero asegurado o su

intermediario, permitiendo que en el momento del siniestro se solicite la información necesaria para declarar, en su caso, la procedencia del siniestro.

## 5.2 Formalidad

El contrato de seguro es consensual de acuerdo con la Fracción I del Artículo 21 de la LSCS:

Artículo 21.- El contrato de seguro:

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

Para fines de prueba sólo será admisible el contrato de seguro; sus adiciones y reformas se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para determinar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, siendo aplicable la siguiente tesis aislada:

Tesis: I.3o.C.129 C (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, 2005745, 2 de 7, Tribunales Colegiados de Circuito, Libro 3, Febrero de 2014, t. III, p. 2305, Tesis Aislada (Civil)

CONTRATO DE SEGURO. LAS OBLIGACIONES PACTADAS POR AMBAS PARTES EN ÉL, SE ACREDITAN MEDIANTE LA EXHIBICIÓN DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE Y TODOS LOS DOCUMENTOS USADOS PARA SU CONTRATACIÓN, LOS QUE DEBEN ESTAR ESCRITOS O IMPRESOS EN CARACTERES FÁCILMENTE LEGIBLES.

El contrato de seguro, por regla general, debe constar por escrito, así como sus adiciones y reformas, de modo que la prueba idónea es el documento en que conste, pues de no ser así, la prueba confesional es la única admisible para probar su existencia, así como para demostrar el

hecho del conocimiento de las especificaciones. Ahora bien, la póliza es el documento en el que constan los derechos y obligaciones de las partes, por lo que deberá constar por escrito -de manera legible- y satisfacer los requisitos estructurales que el Artículo 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece. Asimismo, los efectos jurídicos del contrato de seguro -al ser consensual- se producen a partir del momento en que las partes contratantes aceptan los derechos y obligaciones pactados con relación al objeto, cosa, precio y demás términos de él, los que de conformidad con los Artículos 19, 20 y 24 de la citada ley, se expresan de manera clara -y por escrito- en la póliza que al efecto se otorgue. Sin embargo, para determinar los derechos y obligaciones de las partes también son útiles todos los documentos usados en el seguro, porque para que surtan efectos probatorios contra el asegurado, es indispensable que estén escritos o impresos en caracteres fácilmente legibles, tanto la póliza como los documentos adicionales a ésta, los certificados individuales de seguro de grupo, de pólizas abiertas, los certificados provisionales de pólizas, las notas de cobertura, las solicitudes de seguro y los formularios de ofertas suministrados por las empresas. En ese tenor, las obligaciones pactadas por ambas partes en ese contrato -de conformidad con los señalados Artículos 19 y 24- se acreditan mediante la exhibición de la póliza correspondiente y todos los documentos usados para la contratación del seguro.

#### TERCER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO

Amparo directo 18/2012. Juan Rogelio Álvarez López. 2 de febrero de 2012. Unanimidad de votos. Ponente: Neófito López Ramos. Secretaria: Sara Singh Urías.

### 5.2.1 Póliza

Como se ha comentado, el contrato de seguro es consensual, por lo que la póliza, aun conteniendo el clausulado relativo al seguro, no constituye en sí misma el contrato; <sup>23</sup> sin embargo, es el medio probatorio por excelencia de la existencia de la relación jurídica. Al respecto, Rodríguez Rodríguez explica:

La redacción por escrito del contrato de seguro, constituye un requisito *ad probationem*, no *ad solemnitatem*, y aunque establece constancia del contrato del seguro y sus formas y adiciones, ya sea en un documento público o privado, para fines de prueba se admite la confesional, pero la perfección del contrato es consensual y no puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación.<sup>24</sup>

La póliza deberá contener los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora (ya que es un documento unilateral); la designación de la cosa o de la persona asegurada; la naturaleza de los riesgos garantizados; el momento a partir del cual se garantiza el riesgo; la duración de esta garantía; el monto de la garantía; la cuota o prima del seguro, y en su caso, la mención específica de que se trata de un seguro obligatorio, ya que la ley les da un tratamiento diferenciado con aquellos que son voluntarios, sobre todo tomando en cuenta que la naturaleza de los seguros obligatorios reside en la protección al tercero.

Al respecto, la siguiente tesis:

Tesis: XVII.1o.C.T.11 C (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, 2007822, 3 de 212, Tribunales Colegiados de Circuito, Libro 11, Octubre de 2014, t. III, p. 2821, Tesis Aislada (Civil)

---

<sup>23</sup> Cfr. Castrillón y Luna, *op. cit.*, p. 695.

<sup>24</sup> Rodríguez Rodríguez, Joaquín, *Curso de Derecho Mercantil*, 24ª ed., México, Porrúa, 1999, p. 152.

CONTRATO DE SEGURO. LA EXHIBICIÓN DE LA PÓLIZA EN EL JUICIO PARA SOLICITAR EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA, ES SUFICIENTE PARA ACREDITAR LA EXISTENCIA DE AQUÉL.

Conforme a los Artículos 19 y 20 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la póliza configura la manifestación escrita y la prueba, por excelencia, de la celebración del contrato de seguro; por lo que su exhibición en el juicio en el que se solicita el pago de la suma asegurada por concepto de indemnización por fallecimiento del asegurado, es suficiente para acreditar su existencia.

PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIAS CIVIL Y DE TRABAJO DEL DÉCIMO SÉPTIMO CIRCUITO.

Amparo directo 161/2014. Albertina Licea Morán. 14 de agosto de 2014. Unanimidad de votos. Ponente: Manuel Armando Juárez Morales. Secretaria: Lilia Isabel Barajas Garibay.

### 5.3 Ausencia de vicios en la voluntad

Para el contrato en comento, los vicios en el consentimiento se actualizan con el error y la mala fe del contratante o el asegurado. Las declaraciones dadas a la compañía aseguradora tienen un carácter preponderante para la apreciación del riesgo y posterior celebración del contrato; por ello, si el proponente del seguro induce al error para impedir que se pueda apreciar la magnitud del riesgo, así como las condiciones sobre las cuales se convendrá el contenido del contrato, se generan vicios en el consentimiento. De conformidad con el Artículo 47 de la LSCS, el vicio con nulidad absoluta no se sanciona ni otorga la acción de nulidad, porque el contrato produce sus efectos de forma provisional, y permite que el proponente del seguro haga el pago de las primas respectivas. De esta manera, la aseguradora se beneficia con su recepción, e incluso puede ocurrir que ante el siniestro preste algunos de los beneficios inmediatos del seguro, lo cual puede ser convalidado por caducidad del derecho a la rescisión, ya que está sujeta a un plazo determinado, y ello

permite clasificarla como nulidad relativa que motiva la rescisión y no como nulidad absoluta del contrato. Luego, ante la disposición legal especial que constituye una solución específica en el caso de que el proponente del seguro haya omitido hechos o incurrido en inexacta declaración, y que otorga el derecho a la aseguradora de dar por rescindido el contrato de seguro, excluye la aplicación de la regla general de la nulidad. Ahora bien, el dolo, la mala fe y el error en que pueda caer la aseguradora, se actualiza en dos momentos: en la contratación del seguro y en la ocurrencia del siniestro, ocasiones en las cuales se podrá hacer un estudio de todas las documentales debidamente recabadas y en caracteres legibles para una correcta apreciación de la reclamación.

### 5.3.1 Omisiones o falsas declaraciones

El contratante, el asegurado y el proponente deberán declarar por escrito todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tales como los conozca o deba conocer.

Al respecto, Martínez Gil comenta:

La falsa declaración al solicitar el seguro o al dar respuesta al interrogatorio o examen médico, hace desvirtuar la naturaleza del riesgo de tal forma que la compañía aseguradora no lo llega a conocer con toda precisión, y en consecuencia, la hace incurrir en error al celebrar un contrato diferente de aquél, ya que de haber conocido con exactitud el riesgo, no lo hubiera celebrado, o lo hubiera hecho de forma diferente, además de que hace que el monto de la prima sea fijada incorrectamente en perjuicio de la compañía y en último de los casos posiblemente - tomando en cuenta el plan de seguro que se contrate- de los demás asegurados, por el hecho de tener menos utilidades, y en consecuencia,

el reparto sea menor para quienes tienen en su póliza contratado este beneficio.<sup>25</sup>

Ello, aunado a lo que expone sobre omisión del asegurado: “La negativa, la omisión o la ocultación del asegurado acerca de hechos importantes conocidos por él, señalados expresamente en el cuestionado médico y de cuya importancia era saber, no queda purgada por la omisión u error médico, cometidos en el examen, en ningún caso, por menos cuando dicha ocultación es maliciosa”.<sup>26</sup>

Cabe resaltar que para que esto se acredite, será necesario contar con la oferta debidamente llenada y en original, aunada a elementos de prueba suficientes que podrán referirse a las circunstancias en que se realizó el siniestro o la fecha en que sucedió. Para demostrar que la omisión o falsa declaración es dolosa o de mala fe, y cuyo fin es hacerse de una utilidad ilícita o bien un enriquecimiento ilegítimo, la aseguradora estará en posición de no proceder el pago reclamado y rescindir el contrato de seguro sin perjuicio de las acciones penales correspondientes.

## 6. Características normativas

El Artículo 204 de la Ley sobre el Contrato de Seguro especifica que este cuerpo normativo es de carácter imperativo:

Artículo 204.- Todas las disposiciones de la presente ley tendrán el carácter de imperativas, a no ser que admitan expresamente el pacto en contrario.

Con ello, se marca la pauta que delimita saber los temas negociables dentro del contrato de seguro, lo cual atiende a que por regla general, los seguros que se comercializan con el público serán de adhesión y deberán registrarse ante la

---

<sup>25</sup> Martínez Gil, José de Jesús, *Manual teórico y práctico de seguros*, 3ª ed., México, Porrúa, 1995, p. 143.

<sup>26</sup> *Ibidem*, p. 216.

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de conformidad con el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, mismo que regula que en caso de no contar con dicho registro, cualquier cláusula será anulable a petición del contratante, beneficiario o asegurado, pero jamás contra ellos.

## 7. Nulidad

La Ley Sobre Contrato de Seguro establece las especificaciones en que se tendrá por nulo algún acto. A continuación, derivado del estudio minucioso de la mencionada LSCS, se realiza la enumeración de las causales que se contemplan acompañadas del artículo en específico para su referenciación:

- a) Aquel que pretenda privar de efectos el periodo de pago de primas (periodo de gracia, Artículo 41 LSCS).
- b) Nulidad absoluta del acto jurídico, si al momento de su celebración el riesgo hubiera desaparecido o el siniestro ya se hubiere realizado (Artículo 45 LSCS).
- c) Pacto que extienda o abrevie los tiempos establecidos para prescripción (Artículo 3 LSCS).
- d) Nulidad absoluta del contrato si en el momento de su celebración, la cosa asegurada ha perecido o no puede seguir ya expuesta a los riesgos (Artículo 88 LSCS).
- e) Convenio nulo que impida a las partes hacer intervenir peritos.
- f) En el caso de seguro por muerte de tercero, éste será nulo si el asegurado no dio su consentimiento por escrito con conocimiento de la suma asegurada (Artículo 167 LSCS).
- g) Contrato de seguro por muerte de menor de doce años.
- h) Para contratar seguro de muerte para un menor de edad, pero mayor de doce, se necesitará consentimiento de éste y su representante legal; de lo contrario, será nulo.

Ahora bien, la nulidad no es una manera de ser del acto, sino una sanción legal. Cuando el legislador predetermina conductas que califica de ilícitas, la nulidad no debe buscarse en los defectos orgánicos, si no en el fin que el

legislador se ha propuesto alcanzar en la naturaleza del interés que ha querido proteger.

## 8. Rescisión

Atendiendo a que dentro del contrato de seguro es principio rector la buena fe, éste se podrá rescindir cuando se encuentre, de parte del asegurado, el contratante, el representante o el intermediario, una omisión substancial o falsa declaración:

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

Dicha rescisión tendrá validez siempre y cuando el asegurado o los beneficiarios sean notificados de forma auténtica dentro de los treinta días naturales (Artículo 48 LSCS). Al respecto existe una tesis aislada que confirma que en caso de no ejercer dicha facultad, se tendrá por caduco el derecho. Así mismo, se da la potestad de solicitar la rescisión del contrato cuando se esté ante una agravación del riesgo:

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

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

Es relevante destacar que la rescisión de pleno derecho es un término que de acuerdo con el *Diccionario Razonado de Legislación y Jurisprudencia* se entiende como: “Anulación o invalidación de algún contrato, obligación o testamento”,<sup>27</sup> concepto que no guarda concordancia con el espíritu de la ley en comento, ya que es evidente que el contrato, una vez perfeccionado, surtirá efectos. De esta forma, es correcto hablar de cesación de efectos, ya que al ser un acto unilateral de la aseguradora, para que tenga eficacia jurídica, debe dar aviso a los beneficiarios y/o asegurados de forma auténtica dentro del término considerado y que comenzará a correr después de los treinta días establecidos en el Artículo 71 de la LSCS, con lo cual se observa que la carga de la prueba está a cargo de la compañía de seguros, y de no cumplir con los requisitos normativos, no podrá cesar los efectos del contrato de seguro. Lo anterior encuentra sustento en que al tratarse de un acto donde sólo una de las partes (aseguradora) decide sobre la continuidad del contrato, ello debe ser conocido por la parte perjudicada, para que en caso de estar en desacuerdo, pueda ejercer los derechos y acciones que le correspondan. Derivado de tales dilucidaciones, se considera que para que el referido contrato cese sus efectos, existen sólo dos opciones viables: que el asegurado acepte tal decisión al no ejercer acción alguna, o bien, que en juicio se ventile el asunto a fin de dirimir si se cumple con todas las especificaciones de la ley, a saber: existencia de omisiones o falsas declaraciones, o bien, la posible agravación del riesgo, término previsto (quince o treinta días según el caso) y notificación auténtica a las partes, puesto que en caso de omitir algún requisito, los efectos del contrato de seguro no cesarán. La siguiente tesis aislada se refiere a lo anterior:

Tesis: I.3o.C.461 C, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta Novena Época, 181169, 4 de 4, Tribunales Colegiados de Circuito, t., XX, Julio de 2004, p. 1703, Tesis Aislada (Civil) Superada por contradicción.

CONTRATO DE SEGURO. EL PLAZO PARA COMUNICAR LA RESCISIÓN DEL CONTRATO POR OMISIONES O INEXACTAS

---

<sup>27</sup> Escriche, Joaquín, *Diccionario razonado de legislación y jurisprudencia*, París, Editorial Librería de Rosa, Bouret y Cía., 1851, p. 1438.

DECLARACIONES SE COMPUTA A PARTIR DE QUE FENECE EL DE TREINTA DÍAS PARA DETERMINAR LA PROCEDENCIA DE LA RECLAMACIÓN O A PARTIR DEL DÍA EN QUE DENTRO DE ESTE LAPSO LA ASEGURADORA HAYA TENIDO CONOCIMIENTO SOBRE ELLAS.

El Artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, vigente hasta el 2 de enero de 2002, prevé que la comunicación auténtica al asegurado sobre la rescisión del contrato será dentro de los quince días siguientes a la fecha en que la aseguradora conozca la omisión o inexacta declaración, mientras que el numeral 71 dispone el plazo de treinta días para determinar la procedencia de la reclamación a partir de que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de ésta. Sin embargo, la ley no establece a partir de qué momento debe considerarse que la aseguradora tuvo conocimiento sobre las omisiones o inexactas declaraciones y, por ende, para que resuelva si procede o no el pago del seguro. Ante esa laguna, se considera justo, prudente y equilibrado que ese plazo inicie por lo menos después de que fenezca el de treinta días antes precisado, pues solamente así se daría oportunidad a que la aseguradora cuente con un tiempo más o menos razonable, pero no ilimitado, para llevar a cabo las investigaciones que estime pertinentes, y con base en los resultados obtenidos, determine si procede o no la reclamación de pago, salvo que dentro del plazo de treinta días exista el conocimiento de tales circunstancias, por lo que antes de que fenezca ese término de quince días, debe comunicar al reclamante en forma fehaciente sobre la rescisión, según el caso. El plazo de que trata el dispositivo 71 sería, en todo caso, el lapso con que cuenta la aseguradora para verificar la documentación y realizar la investigación, el cual empezará a contar desde el momento en que el asegurado o el beneficiario haya presentado su reclamación ante la aseguradora, sirviendo de base el sello que esta última imprima en los documentos que acrediten su recepción. Una vez que hayan transcurrido los treinta días, si es que no hay un dato que revele ese conocimiento en un día específico dentro de ese plazo general,

empezaría a computarse el plazo de quince días de que trata el numeral 48, dentro del cual la aseguradora debe comunicar la determinación correspondiente.

### TERCER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO

Amparo directo 95/2004. Seguros Banamex Aegón, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banamex Accival. 18 de marzo de 2004. Unanimidad de votos. Ponente: Neófito López Ramos. Secretaria: Mercedes Rodarte Magdaleno.

Nota: Esta tesis contendió en la contradicción 102/2006-PS resuelta por la Primera Sala, de la que derivó la tesis 1a./J. 4/2007, que aparece publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXV, mayo de 2007, página 222, con el rubro: "CONTRATO DE SEGURO. EL ARTÍCULO 48 DE LA LEY RELATIVA, VIGENTE HASTA EL 2 DE ENERO DE 2002 NO ES APLICABLE A LOS CASOS EN LOS QUE LA ASEGURADORA PRETENDE ENTERAR AL BENEFICIARIO DE UN CONTRATO DE SEGURO DE VIDA DE LA RESCISIÓN DEL MISMO."

De igual forma se faculta a las partes para que, en el ramo específico de Daños, después de ocurrido el siniestro y hasta el momento de la indemnización por un daño parcial, el asegurado o la aseguradora rescindan el contrato celebrado (Artículo 96 LSCS).

Cuando la cosa asegurada cambie de dueño, la empresa aseguradora podrá rescindir el contrato dentro de los quince días siguientes a que conoció tal hecho, reembolsando las primas no devengadas.

Cabe destacar que en el supuesto de seguros obligatorios, estos no podrán ser rescindidos ni terminados antes de su vigencia, aún en el caso de que existan falsas o inexactas declaraciones, en cuyo caso la empresa podrá repetir contra el contratante el pago de lo erogado (Artículo 150 bis LSCS).

## 9. Especies de seguro

Los seguros se regulan y atienden de forma interna dependiendo del ramo al que pertenezcan; comúnmente se dividen en Personas y Cosas a fin de determinar aquellos que están enfocados a Vida y No Vida.

Se acota que si bien se toma como referencia la legislación vigente la suscrita cuenta con experiencia profesional en el Sector Financiero, específicamente en Seguros, razón por la cual es que los rubros siguientes en pocas ocasiones están referenciados a doctrina.

### 9.1 Personas

Al respecto, Fernando Sánchez Calero comenta:

La circunstancia de que el riesgo apunte ya no a intereses puramente económicos, sino a valores de rango supremo, como son la existencia, la integridad y la salud humanas, es factor determinante de una serie de disposiciones especiales para las diversas formas del seguro de personas. Quizá la más importante sea la relativa a la inexistencia del interés asegurable, y por lo tanto, del principio indemnitario.<sup>28</sup>

La subrogación no procede cuando el asegurado o el beneficiario tienen relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil con la persona que les causó el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma (Artículo 163 LSCS).

En adición a los elementos de la póliza estipulados en el Artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, este ramo debe incluir, de conformidad con el Artículo 164 LSCS, los siguientes rubros:

---

<sup>28</sup> Sánchez Calero, Fernando, *Instituciones de Derecho Mercantil*, 33ª. ed., México, Editorial Arazandi, 2010, p. 588.

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

#### 9.1.1 Vida

El seguro de vida es uno de los tipos del seguro en el que el pago por parte de la compañía de seguros de la suma asegurada del contrato depende del fallecimiento o sobrevivencia del asegurado en un momento determinado.<sup>29</sup>

Ampara los riesgos que puedan poner en peligro la existencia de las personas aseguradas y que, a su muerte, y por medio de designación debidamente firmada y con la suma asegurada, garantizan indemnización a una persona determinable o determinada para recibir tal monto. En caso de no tener el nombre de la persona, el monto formará parte del patrimonio del de *cujus*.

Cabe resaltar que dentro de los primeros dos años de contratación, el suicidio no estará amparado, sin considerar si éste aconteció por alienación mental.

#### 9.1.2 Accidentes personales

En caso de un evento externo, violento, súbito y fortuito que provoque lesión o incapacidad, el asegurado recibirá atención médica o reembolso, hasta cubrir la suma asegurada de los gastos erogados para la recuperación de su vitalidad.

Analizando los vocablos que integran el concepto de “accidente personal”, se aprecia que el acontecimiento dañoso deberá ser externo (lo cual excluye enfermedades en tanto que éstas acontecen dentro del cuerpo del asegurado); violento y súbito, es decir, causado por una acción lesiva rápida y casual, la lesión corporal no se forma poco a poco como consecuencia de un acto que el

---

<sup>29</sup> CONDUSEF, “Información general sobre seguro de vida”, <http://www.condusef.gob.mx/index.php/instituciones-financieras/aseguradoras/seguro-de-vida/453-seguro-de-vida>

asegurado pudo evitar por propia voluntad. En consecuencia, debe ser instantánea, repentina e inesperada, si se entiende que *fortuito* es el elemento que excluye de culpa, intención, provocación o exposición voluntaria creada por el asegurado.

La excepción a lo expuesto radica en el Artículo 80 de la LSCS, que a la letra dice:

Artículo 80.- Responderá siempre que el siniestro se cause en cumplimiento de un deber de humanidad.

Si el asegurado cumple con deberes de civilidad, como salvar la vida de otra persona, y sufriera menoscabo de su vitalidad física, estaría cubierto por el contrato celebrado bajo el ramo de Accidentes Personales, aunque él se hubiera colocado en tal circunstancia de forma voluntaria.

### 9.1.3 Gastos médicos

Se cubre el detrimento de la fuerza vital de las personas, lo cual implica asegurar los gastos hospitalarios, atención quirúrgica, honorarios médicos, medicamentos, estudios de gabinete y laboratorio, todos ellos, elementos necesarios para hacer frente a una enfermedad o accidente acontecido dentro de la vigencia de la póliza. Dependiendo de la enfermedad, una vez cumplidos los tiempos de espera, el asegurado y el beneficiario suelen ser la misma persona, puesto que el dinero se reembolsa directamente a éste. De igual manera, es común que la empresa tenga convenios con prestadores médicos a fin de otorgar el pago directamente a los profesionales en la salud y así procurar que el servicio recibido por el asegurado sea expedito.

Ahora bien, este contrato cuenta con conceptos específicos, tales como el coaseguro y deducible, los cuales son tratados en el Capítulo Cuatro. Las enfermedades son consideradas como un solo siniestro, y dependiendo del producto contratado, contarán con un límite de suma asegurada por enfermedad, misma que no se reinstala en la cotidianidad; sin embargo, el

deducible y coaseguro sí serán reinstalados cada año calendario. De igual manera, los siniestros no se pagan en su totalidad, aun habiendo satisfecho las participaciones mencionadas del asegurado, si no que cuentan con un tabulador que delimita el reembolso que la aseguradora hará por cada concepto: honorarios médicos diferenciados por utilidad y participación (internista, anesthesiólogo, enfermera); gastos hospitalarios, y medicamentos; (muchos de los cuales están excluidos del contrato, bien porque no están reconocidos en COFEPRIS para el padecimiento específico, aun con reconocido y documentado efecto positivo aunque no estén en etapa experimental -los cuales nunca están cubiertos-); cuidado de enfermera restringido a una cantidad específica de días u horas; estudios de gabinete que estén relacionados con la enfermedad, dejando fuera aquellos necesarios para descartar posibles diagnósticos. Para realizar el Pago Directo, la aseguradora deberá expedir autorización para llevar a cabo el proceso médico en particular. El monto de pago en todos los rubros también está topado; por ende, si el procedimiento excede de tal cantidad, ésta deberá ser cubierta por el asegurado, sin lo cual no podrá abandonar las instalaciones hospitalarias.

#### 9.1.4 Salud

Este producto está enfocado en los gastos básicos para el mantenimiento de la fuerza vital del asegurado. Debe tomarse en cuenta que dentro de la práctica, prevenir o restaurar son denominados como gastos médicos menores, dentro de los cuales podemos englobar las revisiones que deben ser realizadas de forma periódica para verificar el correcto estado de la salud, como las visitas odontológicas, entre otras.

#### 9.2 Daños

Todo interés económico que una persona tenga en que no se produzca un siniestro, podrá ser objeto de contrato de seguro contra daños (Artículo 85 LSCS) como los que destacan a continuación:

### 9.2.1 Contra incendio

Asegura los daños generados por el incendio, explosión, fulminación o accidentes de naturaleza semejante (Artículo 122 LSCS). No se considerará riesgo amparado por la póliza el fuego que no produzca un incendio, salvo endoso en específico; así mismo, responderá por la pérdida o desaparición de los objetos asegurados que sobrevengan durante el incendio, salvo prueba en contrario (Artículo 126 LSCS).

### 9.2.2 De provechos esperados y de ganados

Por lo general, cuando se trata esta sub-rama de daños, se habla específicamente del sector agropecuario; sin embargo, en la práctica existen empresas de diversas ramas. Se encuentra regulado en los Artículos 129- 137 LSCS que este contrato tiene como finalidad asegurar el lucro cesante, es decir, el valor del rendimiento que se hubiera obtenido de no sobrevenir un siniestro. Para ser acreedor a la indemnización que en caso de siniestro procediera, el asegurado debe tener un interés legítimo o interés asegurable: dueño, arrendatario, aparcerero, colono, acreedor, comprador futuro, etcétera.

Prevé el monto total de la operación (siembra y valor del ganado, por ejemplo) menos los gastos que hubieran sido necesarios para lograrla exitosamente. En el caso de granizo, muerte o enfermedad del ganado, el asegurado deberá dar aviso en las 24 horas posteriores a la ocurrencia, a fin de no ser confundidos con otra causa como la inundación, que suele estar excluida; o bien, para minimizar los riesgos y evitar que varias cabezas de ganado contraigan la misma enfermedad, y por lo tanto la pérdida sea mayor. En este mismo orden de ideas, para cubrir incendio como causal de pérdida económica a largo plazo, es indispensable que exista fuego con llamas y no derivado de una explosión, rayos, combustión espontánea etc., salvo contratación de cobertura adicional, o bien, que como resultado de algún accidente exista un incendio. Todos los bienes pedidos o desaparecidos en este riesgo estarán cubiertos salvo que la aseguradora compruebe que el menoscabo fue a raíz de otro evento. Para llevar a cabo la indemnización se toman dos supuestos: el valor de las mercancías al precio corriente en plaza (que puede incluir costo de

transporte, almacenamiento y seguro), y en el caso de los edificios, el valor del local de construcción, puesto que el terreno no quedará dañado por un incendio, contemplando así cimientos y subterráneos.

### 9.2.3 De transporte terrestre

Comprende los gastos necesarios para el salvamento de los objetos asegurados y podrá ser contratado por todos aquellos que tengan un interés asegurable, tales como el transportista, el vendedor o el dueño de la cosa.

Cuenta con requisitos específicos, mismos que deberán estar consignados en la póliza de seguro, y que son adicionales a los existentes en el Artículo 20 de la materia:

- I.- La empresa o persona que se encargue del transporte.
- II.- Las calidades específicas de los efectos asegurados, con expresión del número de bultos y de las marcas que tuvieren.
- III.- El punto en donde se hubieren de recibir los géneros asegurados, y en el que deben entregarse.

En caso de deterioro por vicio de la cosa, o bien por el transcurso del tiempo, la aseguradora deberá, so pena de perder el derecho a denegar el pago, justificar judicialmente el estado de los efectos asegurados (Artículo 142 LSCS).

### 9.3 Contra la responsabilidad

Este producto cubre la responsabilidad civil en que el asegurado pueda incurrir; entendiéndose compuesta de dos elementos: a) comisión de un daño y b) culpa; la relación causa efecto entre el hecho y el daño, con lo cual se presupone que se ha menoscabado el patrimonio de una persona en sus bienes o vitalidad, y que el asegurado ha actuado con simple culpa, mediando relación de causalidad entre el hecho dañoso y este último.

Ampara, hasta el límite de la suma asegurada, la indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un daño que esté previsto en el contrato de seguro, el cual abarca los dependientes económicos del

asegurado, sus cosas y actos propios. El beneficiario de este producto se actualiza cuando el asegurado realiza un evento dañoso.

#### 9.4 Caución

El seguro de caución, de reciente adhesión a los posibles productos comercializables por aseguradoras (DOF 04/04/2013) cubre el incumplimiento del contratante ante un tercero de una obligación legal o contractual, siendo expresamente prohibido amparar contratos de naturaleza financiera. La indemnización erogada al acreedor deberá ser reembolsada por el asegurado a la aseguradora.

En el certificado de caución deberán consignar los siguientes datos:

- I. El nombre y domicilio de la empresa de seguros, del contratante del seguro y del asegurado
- II. Las obligaciones legales o contractuales del contratante del seguro materia del riesgo asegurado
- III. La suma asegurada o, en su caso, el monto convenido de la indemnización
- IV. Los comprobantes que el asegurado deberá entregar a la aseguradora para acreditarle que se produjeron las circunstancias acordadas para hacer exigible el monto de la indemnización. En el caso de seguros a favor del Gobierno Federal, de la Ciudad de México, de los Estados y de los Municipios, se deberá observar lo previsto en las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables
- V. El momento de inicio del seguro y su duración
- VI. La transcripción de los Artículos 154, 155 y 156 de esta ley;
- VII. Las demás cláusulas que deban regir el contrato de acuerdo con las disposiciones legales aplicables
- VIII. El número y la fecha de la póliza bajo la cual se expide el certificado
- IX. La firma de la empresa aseguradora

Derivado del contenido del certificado se puede apreciar que, a diferencia del contrato de fianza, el primero es un contrato principal, que cubre un riesgo y no garantiza obligaciones; el incumplimiento de la obligación cubierta genera indemnización, misma que debe formar parte del cuerpo de la póliza; el ejercicio del seguro se da por medio del asegurado y se homologa, en lo referente a la imposibilidad de cancelación por falta de pago, a los seguros obligatorios; las excepciones y defensas que la aseguradora tenga contra el contratante por actos u omisiones no serán oponibles al asegurado, y el pago se realiza al primer requerimiento, puesto que tiene ejecución aparejada como regla general; sin embargo, en caso de carecer de dicha característica, será siempre procedente salvo prueba en contrario.

Es importante señalar que para la contratación de un seguro será indispensable contar con los servicios de un agente de seguros, pues es el intermediario asignado por mandato de ley. Las funciones, responsabilidades y sanciones que le corresponden serán analizadas con detenimiento en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO TERCERO

### FUNCIÓN Y RESPONSABILIDAD DEL AGENTE DE SEGUROS

#### 1. Concepto

Los agentes de seguros son intermediarios autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como por la aseguradora con la que tengan celebrado contrato, mismo que podrá ser de carácter mercantil o laboral (dependiendo el caso), que cumplen la función de asesorar para la contratación, conservación y modificación de los contratos de seguro, recibir ofertas, rechazar las declaraciones escritas de los proponentes, cobrar las primas vencidas, extender recibos, y comprobar los siniestros que se realicen (Artículos 14 LSCS y 91 de la LISF).

Son un factor importante dentro de la función de los seguros, puesto que funcionan como el eslabón que permite la comercialización de los productos ofrecidos por una aseguradora que no se considera de adhesión, y son conocidos dentro del sector asegurador como “fuerza de ventas”. Para su ejercicio, y en atención al tipo de relación que tengan con la aseguradora, se dividen en cuatro grandes grupos: a) Aquellas personas físicas que tengan relación laboral con alguna Institución de Seguros, de conformidad con los Artículos 20 y 285 de la Ley Federal del Trabajo, autorizadas para promover en nombre y por cuenta de las Instituciones, la contratación de seguros; b) Personas físicas independientes sin relación de trabajo con las Instituciones, que operen con base en contratos mercantiles; c) Personas morales que se constituyan como sociedades anónimas para realizar dichas actividades, y d) Agente mandatario, el cual es designado por las Instituciones para que a su nombre y por su cuenta actúe con facultades expresas (Artículo 1, Fracción VIII y IX RASF).

#### 2. Facultades y deberes

Para su correcta función, los agentes de seguros están revestidos de diversas facultades y deberes, tomando en cuenta que en prácticamente todo el proceso

desde la oferta hasta el pago del siniestro, el asegurado trata con el Agente como punto de contacto entre sus necesidades, pretensiones y pedimentos requeridos a la Aseguradora, intermediando a ambas partes con la finalidad de lograr entendimiento y equilibrio.

Las facultades de los agentes dependerán del tipo de relación que tengan con la aseguradora. Aquellos que no sean mandatarios (incisos a, c y b, concepto) se circunscriben a ser intermediarios entre la compañía aseguradora y el asegurado, de forma tal que realizan la intercomunicación entre las partes recibiendo la oferta del proponente y turnándola a la aseguradora, a fin de que ésta determine si acepta el riesgo. Por medio de él, el asegurado solicitará los endosos que considere necesarios para contar con cobertura idónea y podrá recibir el pago de primas (esto deberá ser contra la entrega del recibo oficial expedido por las Instituciones); recibirá la documentación necesaria para la suscripción del riesgo y en torno a la ocurrencia del siniestro. Para los agentes mandatarios las facultades son expresas; lo cual indica que estarán circunscritas al clausulado específico del contrato celebrado entre éste y la aseguradora, mismo que deberá estar autorizado por la CNSF. En este caso, las facultades mínimas con las que cuenta son de representación, por lo tanto, podrá aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas mediante endosos, recibir avisos y reclamaciones, cobrar primas y expedir recibos, así como realizar la comprobación de siniestros (Artículo 21 RASF).

Dentro de sus obligaciones, se encuentra sobre todo la de conducirse con estricto apego a la buena fe y disposiciones legales, ya que en la práctica funge como único contacto personal entre las partes. Debe entender los productos que comercializa de manera técnica y legal para ofrecer la cobertura que el asegurado está solicitando, puesto que es muy común que estos últimos desconozcan la materia y tengan sólo una idea somera de las necesidades que requieren asegurar para proteger correctamente su patrimonio y persona. Para ello es de suma importancia que reciban capacitación de forma continua por parte de las aseguradoras sin importar el tipo de contrato celebrado, ya que recae en sus funciones el prestigio de la institución; pues si se ofrece un producto obsoleto o inútil al cliente, pero vendido de forma tal que parezca

adecuado, se pone en duda la confianza que debe existir entre el binomio asegurado-aseguradora, y en última instancia, el fin del contrato de seguro, que es precisamente dar seguridad a todos aquellos que celebren contrato ante una posible eventualidad. Así se ha regulado en beneficio del asegurado lo mínimo que debe señalar el agente al momento de contratar algún producto, como puede observarse en el Artículo 5 del Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas, que a la letra establece:

Artículo 5o. RASF.- Los agentes y apoderados de seguros deberán informar a quien pretenda contratar un seguro, por lo menos, lo siguiente:

I.- Su nombre completo, tipo de autorización, número y vigencia de su cédula, así como el domicilio donde realiza sus actividades y, en el caso de los apoderados de seguros, la denominación de la persona moral que representen.

II.- Del alcance real de la cobertura y forma de conservarla o darla por terminada, de manera amplia y detallada.

III.- Que carece de facultades de representación de la Aseguradora, para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas, salvo que se trate de agente mandatario.

IV.- Que sólo podrá cobrar primas contra el recibo oficial expedido por la Aseguradora, y que las primas así cobradas se entenderán recibidas por ésta.

V.- Que al llenar el cuestionario que le requiera la Aseguradora, señale todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones que se convengan.

### 3. Función y responsabilidad

Las funciones y responsabilidades del agente en el Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas, así como en la Ley de Seguros y Fianzas, se describen de forma superficial y no necesariamente aparejada con la realidad. De hecho, el Reglamento no ha tenido reforma alguna desde el año 2002, y la Ley fue promulgada en 2012, derogando la anterior separación que existía entre las funciones de las instituciones aseguradoras y afianzadoras. Además, en la Ley no se contempla la figura del Agente Mandatario, ni se exige que en caso de ser persona moral, ésta sea del tipo Sociedad Anónima, por lo tanto, el reglamento excede el principio de jerarquía de las leyes.

La realidad es que el Agente es intermediario de las partes a muchos más niveles de los normados. En la práctica, se le identifica como el encargado de presionar a la compañía aseguradora para la entrega de pólizas, endosos y recibos; está pendiente de su cartera, no sólo en lo referente a las vigencias de los contratos, sino también de la siniestralidad que presentan, ya que este último dato impacta en sus beneficios económicos y los somete a revisiones internas por las áreas de control de riesgos y anti fraude. También se encarga de recopilar todas las constancias de contratación (oferta, exámenes médicos y demás documentación presentada para ofrecer un riesgo) y de siniestro, aunque existen áreas administrativas específicas que atienden a los asegurados, ya que es muy común que el resguardo de la información original quede en manos de él. Cabildea soluciones comerciales cuando el cliente tiene relevancia comercial y sus pretensiones no cuentan con todos los elementos; propone métodos de venta y actualización y es responsable de dar seguimiento a las reclamaciones realizadas hasta que éstas se resuelvan. En este orden de ideas es que la legislación actual prevé sanciones para aquellos agentes que no obren conforme a derecho y ética profesional indispensable para el correcto manejo de los productos financieros que colocan en el mercado, las cuales contemplan penas económicas dependiendo de la falta, hasta la inhabilitación para ejercer en la venta de seguros. Es relevante especificar que, dependiendo de la obligación incumplida, la acción será del asegurado, la aseguradora, o los beneficiarios.

#### 4. Soporte de su función

Dentro del cuerpo normativo se encuentran:

- a) “Información precisa y relevante que sea de su conocimiento, relativa al riesgo cuya cobertura se proponga, a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas”. (Artículo 96, fracción I, párrafo segundo LISF). Este apartado es oscuro, ya que en materia de seguros, toda prueba es documental, y por lo tanto debería estar soportado con elementos escritos y firmados que den veracidad al dicho del asegurado, para que no se presten a interpretaciones que podrían estar sugestionadas por prejuicios de índole económica, social, racial, sexual, étnica, etcétera. Considero que este apartado debería ser más conciso respecto a la documentación que se debe entregar para la correcta apreciación de un riesgo, ya que al expresar dentro del vocablo utilizado “que sea de su conocimiento”, se da carácter informal y subjetivo a la obligación. Sólo a fin de ejemplificar, es común que se aseguren automóviles sin ver la unidad que se pretende cubrir, lo cual deriva en el aseguramiento de autos con siniestros previos y de difícil comprobación para la aseguradora. En el rubro de gastos médicos mayores, los agentes tienden a asesorar al asegurado para que pueda sortear las exclusiones o tiempos de espera al dar recomendaciones para llenar la solicitud, e incluso se han dado casos donde ellos la llenan, aunque en el referido documento se especifica que el asegurado, para productos individuales, deberá hacerlo de puño y letra, y para colectividades, se proponen endosos lesivos a sabiendas de presidencias, o bien, que son contradictorios entre ellos, ya que la ley prevé la interpretación a favor del asegurado y aunque en última instancia es responsabilidad de la compañía aseguradora tomar las providencias necesarias y cuenta con un grupo basto y preparado de profesionales en diversas ramas para la selección de riesgos, lo cierto es que sin el apoyo del agente que de primera mano conoce al proponente, esto se vuelve de difícil ejecución.

b) En el Artículo 99, párrafo segundo LISF, se afirma:

Los agentes de seguros y los agentes de fianzas están obligados a ingresar a las Instituciones, en un plazo que no deberá exceder diez días hábiles contando a partir del día siguiente al de su recepción, los cheques y el numerario que hayan recibido por cualquier concepto correspondiente a las pólizas contratadas con su intermediación, así como cualquier documento, pago o cantidad de dinero que les hubieren entregado con relación a dichas pólizas.

Este apartado parece contradictorio si tomamos en cuenta que en el Artículo 24 de la LSCS se establece: “Para que puedan surtir efectos probatorios contra el asegurado, será indispensable que estén escritos o impresos en caracteres fácilmente legibles (...) y, en general, todos los documentos usados en la contratación del seguro”, a partir de lo cual se infiere que todas las documentales que integran el riesgo están en poder de la aseguradora, ya que de conformidad con el Artículo 140 de la Ley de Instituciones Mutualistas y de Seguros, actualmente derogada y que se encuentra en la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas en el numeral 492, la aseguradora debe identificar a sus clientes, puesto que en las Disposiciones de Carácter General emitidas por la CNSF el día 19 de diciembre de 2014, ello se deja al arbitrio de las instituciones, circunstancia que juzgamos errónea, si partimos de “los criterios, medidas y procedimientos internos”, con los siguientes datos:

Al expediente del Cliente deberán integrarse los mismos datos y documentos de las personas físicas de nacionalidad mexicana que tengan el carácter de:

1. Propietarios Reales
2. Cónyuge o dependiente económico de un Cliente Persona Políticamente Expuesta Extranjera
3. Beneficiarios

## I. DATOS

- Apellido paterno, apellido materno, nombre (s)
- Fecha de nacimiento
- País de nacimiento
- Nacionalidad
- Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio al que se dedique el Cliente
- Domicilio particular en su lugar de residencia
- Teléfono en que se puede localizar
- Correo electrónico, en su caso
- Constancia Única de Registro de Población y Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave), cuando se cuente con ellas
- Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada, cuando cuente con ella

## II. DOCUMENTOS

- Identificación personal
- Constancia de la Clave Única de Registro de Población y/o Cédula Fiscal, cuando cuente con ellas
- Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada, cuando cuente con ella
- Comprobante de domicilio
- Declaración Firmada

Para extranjeros también:

- Pasaporte
- Documento que acredite su internación o estancia legal en el país
- Documento que acredite domicilio en el lugar de residencia permanente

DATOS Y DOCUMENTOS CON LOS QUE SE DEBE INTEGRAR EL EXPEDIENTE DE CLIENTES-PERSONAS MORALES DE NACIONALIDAD MEXICANA

## I. DATOS

- Denominación o razón social
- Giro mercantil, actividad u objeto social
- Nacionalidad
- Clave del Registro Federal de Contribuyentes (con homoclave)
- El número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada, cuando cuente con ella
- Domicilio
- Teléfono de dicho domicilio
- Correo electrónico, en su caso
- Fecha de constitución
- Folio mercantil
- Nombre (s) y apellidos paterno y materno, sin abreviaturas, del administrador o administradores, director, gerente general o apoderado que, con su firma, pueda (n) obligar a la persona moral para efectos de la celebración de la Operación de que se trate

La persona moral de nacionalidad mexicana clasificada como de alto riesgo, deberá presentar, además de lo anterior:

- Estructura corporativa
- De los principales accionistas: i) Nombre, ii) Nacionalidad; iii) Porcentaje del capital que representa su participación en el capital social correspondiente

## II. DOCUMENTOS

- Testimonio o copia certificada que acredite su legal existencia, inscrito en el registro público que corresponda
- En el caso de que la persona moral sea de reciente constitución, y en tal virtud, no se encuentre aún inscrita en el registro público, debe llevar una declaración escrita y firmada por persona legalmente facultada, en la que conste la obligación de llevar a cabo la inscripción respectiva, y proporcionar, en su oportunidad, los datos correspondientes a la aseguradora

- Cédula de Identificación Fiscal, o comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada, cuando cuente con ella
- Comprobante de domicilio
- La persona moral de nacionalidad extranjera clasificada como de alto riesgo, deberá presentar, además de lo anterior:
- Estructura corporativa
- De los principales accionistas: i) Nombre, ii) Nacionalidad; iii) Porcentaje del capital que representa su participación en el capital social correspondiente

### III. [OTROS] DOCUMENTOS

- Documento que acredite fehacientemente su legal existencia, así como información que permita conocer su estructura accionaria.
- Comprobante de domicilio declarado.

## 5. Sanciones

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas es la encargada de sancionar administrativamente a los agentes de seguros por incumplimiento de sus funciones. Esto podrá ser iniciado de oficio o bien a petición de parte, siempre que se tenga interés jurídico y se encuentre regulado en los Artículos 477 al 491 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, y 27 al 37 del Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas.

Dependiendo de la gravedad de la conducta irregular del agente, se podrá hacer acreedor a las siguientes sanciones, las cuales serán de aplicación independiente, considerando la importancia de la infracción y las condiciones del infractor:

### I.- Amonestación

Se llevará a cabo cuando omite informar al asegurado o a la Comisión, dependiendo del caso: su nombre completo, tipo de autorización, número y vigencia de su cédula, así como el domicilio donde realiza sus actividades. En el caso de los apoderados de seguros: la denominación de la persona moral

que representen, si carece de facultades de representación de la aseguradora, para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas, salvo que se trate de agente mandatario. También será objeto de amonestación el cambio de domicilio sin el aviso previo.

## II.- Multa

Se cobrarán de 200 a 2 000 DSMGVDF cuando, al amparo de su autorización, permita que un tercero realice las actividades que le están reservadas; de 1,000 a 5,000 DSMGVDF cuando ofrezcan o hagan descuentos o reducción de primas, u otorguen algún otro beneficio no estipulado en la póliza como aliciente para tomar o conservar un contrato de seguro o un contrato de fianza. Cuando las infracciones no tengan una sanción específica y consistan en realizar operaciones prohibidas, serán sancionadas con multa por el equivalente del 5% hasta el 15% del importe de la operación de que se trate, o, en caso de que no se pueda determinar el monto de la operación, de 10 000 a 30 000 días de salario.

## III.- Suspensión

Se aplicará en los siguientes casos: cuando proporcionen información falsa en torno a cualquier dato de los consignados en la solicitud presentada para obtener la autorización o refrendo con el fin de actuar como agente, persona física o apoderado; requieran del solicitante, contratante, asegurado o beneficiario, cualquier prestación que no se encuentre legalmente justificada, aun cuando no se llegue a recibir; omitan informar a los proponentes conforme a lo dispuesto por los Artículos 5o. y 7o. del RASF; incumplan con informar del alcance real de la cobertura y forma de conservarla o darla por terminada (que sólo podrá cobrar primas contra el recibo oficial expedido por la Aseguradora, que las primas así cobradas se entenderán recibidas por ésta, y que al llenar el cuestionario que le requiera la Aseguradora, debe señalar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones que se convengan); actúe en perjuicio de los solicitantes, contratantes, asegurados o beneficiarios al obtener de ellos la cancelación, terminación o

modificación de una póliza que implique pérdida o reducción de derechos, o contraprestaciones mayores; proporcionen datos falsos a las Instituciones sobre la persona del solicitante, contratante, asegurado o beneficiario, o desvirtúen la naturaleza del riesgo o responsabilidad que se haya asumido, y oculten a las Instituciones la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro o hubiere cambiado las condiciones de la contratación respectiva.

#### IV.- Revocación

Para agentes con responsabilidades de persona moral, cuando: dejen de entregar a las Instituciones o a otros agentes, las primas cobradas o los documentos y bienes que reciban por su cuenta; actúen dentro del territorio nacional en la celebración de contratos de seguros directos o de fianzas, como representantes o intermediarios de cualquier empresa no autorizada para funcionar como institución de seguros en el país; dejen de satisfacer los requisitos que se exigen para el otorgamiento de la autorización con el fin de actuar como agente persona física o ubicarse en alguno de los impedimentos; actúen como agente persona física o apoderado, encontrándose suspendido por sanción aplicada por autoridad competente; entren en concurso mercantil o quiebra, salvo que el procedimiento respectivo termine por rehabilitación.

Toda vez que el soporte y prueba en el contrato de seguro depende de la correcta obtención de información y posterior resguardo, consideramos que dentro de la Ley de Seguros y Fianzas deberían regularse los tiempos de adquisición, entrega y preservación de todos los antecedentes y declaraciones a fin de delimitar las responsabilidades de las partes; contemplar, en la Circular Única de Seguros, los lineamientos respecto a la capacitación y controles de ética que de forma constante y regular deberán darse a los agentes sin relevancia del patrón para el que laboren, y reinsertar el partido correspondiente a conocimiento del cliente para evitar la posible comisión de delitos. A nivel interno, contar con medidas de control que permitan verificar el nivel de confianza de los asegurados, así como el conocimiento de su agente y funciones.

## CAPÍTULO CUARTO

### PROBLEMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR FRAUDE CONTRACTUAL EN EL RAMO DE VIDA, APARTADO GASTOS MÉDICOS MAYORES

#### 1. Conceptos

En el caso del sub-ramo de Gastos Médicos Mayores, los más comunes son los que se tratan a continuación:

##### 1.1 Suma asegurada

Es el límite máximo al que la compañía aseguradora, por cada asegurado, está obligada a responder en caso de un padecimiento, enfermedad o accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, de acuerdo con las coberturas contratadas. Para Martínez Gil es "sinónimo de capital asegurado o de suma máxima asegurada".<sup>30</sup>

##### 1.2 Deducible

Cantidad fija establecida en la carátula de la póliza con la cual participa el asegurado en los gastos ocasionados por cada evento que proceda conforme a las condiciones convenidas en el contrato. Rebasada esta cantidad, comenzará a correr la responsabilidad de la aseguradora. En adición a esto, Martínez Gil considera: "técnicamente se trata de un coaseguro entre compañía aseguradora y asegurado".<sup>31</sup>

##### 1.3 Coaseguro

Este concepto se utiliza de diversas formas a lo que en la materia que tratamos se refiere. Por lo general, habla de la participación de varias compañías aseguradoras sobre un mismo riesgo "de tal manera que exista una dispersión o distribución del riesgo, es decir cada compañía aseguradora sólo

---

<sup>30</sup> Martínez Gil. *op. cit.*, p. 182.

<sup>31</sup> *Ibidem*, p. 120.

responde por la participación que ha asumido”;<sup>32</sup> sin embargo, en las condiciones generales de los productos de Gastos Médicos Mayores, se refiere a la cantidad a cargo del asegurado como porcentaje de los gastos cubiertos después de aplicar el deducible. En la práctica, éste tiene un límite, que se estipula como monto máximo y se paga de forma proporcional por cada reclamación.

#### 1.4 Gastos no cubiertos

Todos aquellos que se consideran innecesarios, derivados o cuentan con exclusión expresa de la enfermedad, padecimiento o accidente cubierto, ya que no son resultado del siniestro ocurrido y por lo tanto carecen de vinculación con el contrato celebrado. Algunos de los más comunes son: las camas extra, utilizadas durante el tiempo de estadía en atención hospitalaria del asegurado; comidas no recetadas y relacionadas con el padecimiento; vitaminas enviadas por el médico con fines de fortalecimiento pero no como medicamento; inscripciones a gimnasios cuando el asegurado requiera atención terapéutica, ya que ésta debe ser otorgada por profesionales en la materia y en un establecimiento comercial con giro adecuado.

#### 1.5 Periodos de gracia

Término con el que el asegurado cuenta para satisfacer el pago de la prima por el periodo que está corriendo. Si bien la prima es única e indivisible doctrinalmente, ello se refiere a que no cambiará durante la vigencia de la póliza; sin embargo, la ley faculta a las partes para realizar el pago en parcialidades, siempre y cuando sean por el mismo monto y duración. “Es común expresar el periodo de gracia como de un mes, pero que no sea inferior a treinta días”.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Martínez Gil. *Op. Cit.* p. 81.

<sup>33</sup> *Ibidem*, p. 227.

## 1.6 Reconocimiento de antigüedad

Es el periodo de tiempo que el asegurado ha estado cubriendo en forma continua e ininterrumpida en un producto de seguro de Gastos Médicos Mayores en alguna compañía de seguros debidamente establecida. En caso de contratar alguna aseguradora distinta, debe informar al respecto en tiempo y forma a la aseguradora que ha adquirido el riesgo, a fin de que quede consignado en la póliza nueva. Cabe resaltar que el plazo con el que el asegurado cuenta para no perder los derechos nacidos por el simple hecho de contar con cobertura durante un lapso de tiempo determinado y sin interrupciones, es de treinta días naturales.

Esto, si bien no está prescrito en ley alguna, se ha decidido de manera unilateral por las empresas de seguros en nuestro país, y resulta imposible vincular tal afirmación porque deriva de un uso comercial recurrente –pero no normado– en el sector. Como ya se comentó, el asegurado, tomador o contratante siempre hará la propuesta bajo las condiciones en que desearía ser amparado ante una eventualidad; sin embargo, es precisamente la compañía aseguradora la que decidirá, al momento de la emisión de la póliza, las condiciones específicas a que se sujeta el contrato celebrado.

Para su constatación, es posible acudir con cualquier agente capacitado para la venta de seguros de personas y, dado que en la práctica ha sido así, si se cuenta con póliza anterior con menos de treinta días naturales, se reconocerá –salvo algunas excepciones como GNP- la antigüedad del nuevo asegurado a fin de evitar los tiempos de espera.

Se hace la acotación de que esta figura contractual no ampara las preexistencias.

## 1.7 Periodos de espera

Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de cobertura de cada asegurado,<sup>34</sup> para que ciertas enfermedades sean cubiertas por la compañía aseguradora.

## 1.8 Preexistencias

- 1) Celebración del contrato de seguro; comprobables mediante el diagnóstico dictaminado por un médico, o pruebas de laboratorio, gabinete, histológicas (de tejidos orgánicos). Se acepta cualquier otro medio de diagnóstico reconocido o basado en el análisis etiológico (de las causas) de la evolución de la historia natural del padecimiento o enfermedad de que se trate.
- 2) Las enfermedades o padecimientos por las que el asegurado o un tercero a su favor haya hecho gastos, comprobables documentalmente y con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, para recibir una atención médica de la misma enfermedad o padecimiento de que se trate.

Al respecto, la tesis aislada nos permite tener un panorama más completo de esta acepción. Es menester resaltar que, al tratarse del contrato de seguro de *ubérrima bona fide*, lo que se castiga es el dolo o mala fe con la que pudiera actuar el asegurado, no así el desconocimiento del mismo, lo cual se apoya en la máxima jurídica *Ad impossibilia nemo tenetur*.

Tesis: I.3o.C.788 C, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, 164822, Tribunales Colegiados de Circuito, t., XXXI, Abril de 2010, p. 2715, Tesis Aislada (Civil)

CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DEBE ACREDITAR MEDIANTE PRUEBA IDÓNEA QUE EL ASEGURADO TENÍA PLENO CONOCIMIENTO DE QUE PADECÍA UNA

---

<sup>34</sup> Condiciones Generales Gastos Médicos Mayores HM90, [https://axa.mx/documents/20241/374253/CG+Salud\\_AI-317\\_Hermosillo+90.pdf/9fd557b4-1dcc-4ca2-86e6-7f0f7fa2a9e5](https://axa.mx/documents/20241/374253/CG+Salud_AI-317_Hermosillo+90.pdf/9fd557b4-1dcc-4ca2-86e6-7f0f7fa2a9e5)

ENFERMEDAD PREEXISTENTE Y QUE OMITIÓ DECLARARLO AL LLENAR EL CUESTIONARIO RESPECTIVO.

Conforme a lo establecido en el Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes que sean o deban ser conocidos en el momento de la celebración del contrato de seguro por parte del asegurado, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Sin embargo tratándose de lo relativo a la información que se solicita dentro de los cuestionarios respectivos en cuanto a las enfermedades preexistentes del asegurado, debe tomarse en cuenta por un lado que es imputable a la aseguradora el hecho de que no realice las preguntas conducentes que la lleven a revelar que el asegurado tiene conocimiento de algún padecimiento, y por otra parte, en términos del Artículo 1194 del Código de Comercio, le corresponde acreditar la excepción consistente en que el asegurado tenía conocimiento del padecimiento y que omitió manifestarlo, sin que baste para acreditar tal conocimiento, que en el certificado médico que previamente se elabora para la expedición del certificado de defunción, se establezca como causas o antecedentes del fallecimiento del asegurado, que entre el inicio de la enfermedad y la muerte haya existido un intervalo de tiempo que sea anterior a la fecha en que el asegurado llenó el cuestionario anexo a la solicitud del seguro de vida, pues esa información y la que consta en el certificado de defunción en todo caso sólo acreditan la muerte y las causas del fallecimiento, pero no que el asegurado hubiera tenido conocimiento de ese padecimiento al momento de contratar, pues para ello se estima como prueba idónea el expediente clínico del mismo en el que conste algún estudio que se le hubiera practicado o algún tratamiento que haya llevado por virtud de esa enfermedad, por lo que al no demostrarse ese conocimiento pleno de la enfermedad, tampoco se acredita que hubiera omitido esa información al llenar el cuestionario correspondiente.

TERCER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 678/2009. Seguros BBVA Bancomer, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer. 28 de enero de 2010. Unanimidad de votos. Ponente: Benito Alva Zenteno. Secretario: V. Óscar Martínez Mendoza.

### 1.9 Colectivo

Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro (Artículo 2, fracción VI, RSGOVSCOAE).

### 1.10 Individuales

Contrato de seguro de gastos médicos celebrado para la protección de un asegurado, persona física, en lo particular.

### 1.11 Endosos

Existe controversia respecto al término “endoso” utilizado en el *argot* de los seguros, ya que la póliza no es un título de crédito y por lo tanto carece de las cualidades para ser endosado aunque esté contemplado en el Artículo 27 de la LSCS que otorga el mismo tratamiento para la recuperación de póliza en caso de pérdida o destrucción que los títulos de crédito. El contrato de seguro es precisamente un contrato y no se encuentra intrínsecamente aparejado al documento que lo contiene (póliza) tal y como sucede en los títulos de crédito (pagaré, letra de cambio, etc.), ya que los seguros cubren una posible pérdida patrimonial ante la ocurrencia de un siniestro de orden aleatorio, por lo que, para su perfeccionamiento, debe tomar en cuenta las cualidades personales del asegurado. En la cotidianidad del sector financiero, un endoso -convenio- es entendido como el documento generado por la aseguradora y recibido por el contratante, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y tiene por objeto señalar una característica específica que, por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación. Lo señalado por este documento

prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

José Luis Andrade Durán conceptúa “endoso” de la siguiente manera:

Documento que modifica, previo acuerdo de las partes, las condiciones del contrato de seguros y que forma parte de éste para su validez. El endoso puede disminuir o aumentar la cuantía de la prima, o bien sólo aclarar cierta cláusula del contrato. El endoso tipo “A” sirve por lo regular para adicionar coberturas o ampliar la responsabilidad de la aseguradora. El tipo “B” puede ser un documento para corregir los datos generales del asegurado o condiciones de aseguramiento. El endoso tipo “C” se emplea para eliminar coberturas o disminuir la responsabilidad de la aseguradora.<sup>35</sup>

## 2. Características particulares

El contrato de seguro busca hacer frente a una eventualidad de tipo económico; sin embargo, con el paso del tiempo el riesgo no sólo atiende a intereses meramente mercantiles si, dentro de los bienes jurídicos tutelados, se contemplan aquellos de rango supremo tal como la vida, integridad y salud humana,<sup>36</sup> con lo cual se rompe con el concepto de interés asegurable entendido como pérdida patrimonial por la afectación desfavorable sobre las cosas, frutos y productos, tal como expone Sánchez Flores:

Se ha establecido que el interés asegurable constituye el objeto del contrato y es considerado como un elemento del riesgo, ya que sin interés no puede haber riesgo; su existencia es esencial para legitimar el contrato porque en el seguro de daños, es la medida para la indemnización; ... es la relación entre el sujeto y un objeto amenazado por un hecho determinado, es decir que el interés asegurable depende de tres

---

<sup>35</sup> Durán, José Luis Andrade, *Diccionario de seguros y fianzas*, México, Ediciones Comerciales, 2004.

<sup>36</sup> Díaz Bravo, *op. cit.*, p. 302.

elementos: un bien, la relación jurídica con éste y su exposición a un riesgo determinado.<sup>37</sup>

Dentro de la Ley Sobre el Contrato de Seguro no se encuentra ninguna especificación del concepto en comento; sin embargo, el legislador sustituye tal vocablo por el término “interés económico” en el Artículo 183, que corresponde al apartado de “Disposiciones especiales del contrato de seguro”, mismo que a la letra dice:

Artículo 163.- El seguro de personas *puede cubrir un interés económico* de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

Lo anterior se refuerza con la tesis aislada que a continuación se transcribe y que expone dos distintas concepciones, atendiendo a distintos ramos:

Tesis: I.4o.C.78 C, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, 178016, Tribunales Colegiados de Circuito, t. XXII, Julio de 2005, p. 1404, Tesis Aislada (Civil)

#### CONTRATO DE SEGURO. CONCEPTO DE INTERÉS ASEGURABLE.

En el contrato de seguro, el interés es un elemento fundamental. El contratante o, en su caso, el tercero a favor de quien se contrata, deben tener un interés en que el riesgo contratado no se convierta en siniestro, de manera que el evento dañoso no ocasione una disminución patrimonial. La legislación mexicana no define el interés, pero sí da bases para establecer su concepto. Así, de los Artículos 42, 85, 86, 87, 92, 100, 114, 129, 130, 140 y 152 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se deduce que el interés asegurable es la *titularidad económica* o el vínculo económico en virtud del cual la necesidad económica que provoca la producción del riesgo, *repercute desfavorablemente en un determinado*

---

<sup>37</sup> Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús, *El contrato de seguro privado*, México, Porrúa, 2000, p. 217.

*patrimonio*. Es una titularidad económica porque pueden tener interés personas que aún no tienen o han dejado de tener un vínculo jurídico en el sentido de relación de dominio, como se desprende de los Artículos 42 y 140 de la propia ley.

CUARTO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 17104/2004. Seguros Atlas, S.A. 19 de enero de 2005.  
Unanimidad de votos. Ponente: Marco Antonio Rodríguez Barajas.  
Secretaria: Leticia Araceli López Espíndola.

En este orden de ideas es que se gestan los contratos de seguro en el ramo específico de personas, sub categoría Gastos Médicos Mayores, lo cual deriva en ciertas peculiaridades y concepciones particulares, en tanto que el universo a asegurar es tan vasto como el mercado y las personas existentes.

## 2.1 Buena fe

En este sub ramo cobra mayor relevancia porque al estar asegurando la vitalidad física de una persona (recordemos que es posible cubrir animales) sometida a la ley de los grandes números y cuya prima será determinada en relación con lo declarado y la mutualidad existente por el mismo riesgo, se pone en juego la sana y justa distribución de las primas en detrimento de la mutualidad y la compañía aseguradora, cuando el caso no es atendido de forma puntual.

La buena fe debe ser entendida como “un concepto objetivo, no subjetivo. Es decir, no se está refiriendo a la buena fe como creencia o intención, sino como adecuación a la conducta común”.<sup>38</sup>

Al ser un contrato bilateral y de *ubérrima bona fide*, esta característica se pone en evidencia para el asegurado y el asegurador. El primero, más próximo al riesgo, debe declarar con probidad (antes de la celebración del contrato) el cuestionario relativo generado por la compañía aseguradora; además, en caso de conocer una agravación durante la vida de la póliza, debe dar aviso a la

---

<sup>38</sup> Cfr. Juan Bataller Grau, *El deber de declaración del riesgo en el contrato de seguro*, Madrid, Editorial Tecnos SA, Colección Jurisprudencia Práctica, 1997, p. 10.

aseguradora, y en caso de siniestro, procurar minimizar los daños y conducirse con rectitud en la reclamación. Por su parte, el asegurador deberá interpretar con total integridad, rectitud y honorabilidad, evitando cláusulas oscuras y/o lesivas, o en su caso, interpretando éstas a favor del asegurado, prevaleciendo el favor *libertatis* y favor *debilis*. Ello ha quedado someramente establecido en la ley de la materia en el Artículo 20 bis:

Tratándose de los contratos de seguro de adhesión a los que se refiere el Artículo 56 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, cuando exista duda sobre la interpretación de una cláusula, el juez, tomando en cuenta el dictamen que al efecto solicite a la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, resolverá el sentido en que debe interpretarse dicha cláusula para efectos de la *litis*. En los casos en que la interpretación de una cláusula involucre aspectos de carácter técnico-actuarial, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros podrá solicitar opinión a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Lo anterior, se observa bajo el principio de igualdad que debe prevalecer siempre en un contrato aunque las partes no sean iguales, y que ha quedado explicado y consignado en la tesis aislada que a continuación se transcribe, la cual trata precisamente el tema referente a la buena fe que el asegurador debe guardar en la inteligencia de ser perito en la materia, y tratar siempre con contratos de adhesión:

Tesis: 1a. LVIII/2016 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación,  
Décima Época, 2011226, Primera Sala, Libro 28, Marzo de 2016, t. I,  
p. 975, Tesis Aislada (Constitucional, Civil)

CONTRATO DE SEGURO. INTERPRETACIÓN CONFORME DEL  
ARTÍCULO 25 DE LA LEY RELATIVA CON EL DERECHO  
FUNDAMENTAL DE IGUALDAD.

El contrato de seguro, al ser consensual, requiere de dos emisiones de voluntad sucesivas para perfeccionarse: 1) una oferta que el cliente dirige a la aseguradora con los elementos esenciales del contrato que se propone celebrar; y, 2) una aceptación lisa y llana por parte de la aseguradora, ya que, en caso contrario, la aceptación hace las veces de una contraoferta, en cuyo caso, el cliente requiere de un plazo para responder si acepta o no. Ahora bien, el artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro prevé que si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta -esto es en caso de una contraoferta-, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza, y en su defecto, transcurrido dicho plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Así, la interpretación conforme de dicho precepto con el derecho fundamental de igualdad, debe ser en el sentido de que la finalidad que persigue es proporcionar un plazo al cliente para valorar la contrapropuesta de la aseguradora, y sólo en caso de no estar de acuerdo con ésta, oponerse a sus términos, pues en caso contrario, se considerará aceptada. Sin embargo, la carga que dicho precepto impone en el cliente debe entenderse limitada a la información que es de su conocimiento, por ejemplo, la descripción del riesgo que desea amparar, y no a aspectos que no se desprendan claramente de la póliza, o que requieran de la interpretación de las condiciones generales del contrato de seguro, pues a la aseguradora, al ser especialista en la contratación de seguros y quien determina las características de los seguros que comercializa, el Artículo 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, le impone la obligación de informar y asesorar en forma clara y precisa a sus clientes respecto del tipo de seguro que es más adecuado a sus necesidades, y de celebrar sus contratos conforme a las sanas prácticas en materia de seguros. Por lo que si los términos del contrato de seguro reflejados en la póliza no son los adecuados para el cliente, y éste cumplió con su obligación de proporcionar a la aseguradora la información que ésta le requirió, dicha inconsistencia no puede recaer en el cliente. De ahí que el contenido del Artículo 25 citado, en el sentido de que se tendrán por aceptados los

términos de la póliza si el cliente no solicita su rectificación, no puede tener el alcance de imponerle la responsabilidad en caso de que el seguro contratado no haya sido el adecuado, y mucho menos de liberar a la aseguradora de sus obligaciones en dicho supuesto, salvo que ésta acredite que los términos de la póliza son concordantes con la oferta, en otras palabras, con la información que le proporcionó el cliente, en cuyo caso, el asegurado tendrá que asumir la consecuencia de su omisión o falta, y estarse a los términos de la póliza que le fue emitida con base en la información que proporcionó; pero si la inconsistencia deriva de una falta de la aseguradora, ya sea porque el riesgo que busca amparar el cliente, que está establecido en la póliza, no es compatible con el tipo de seguro que le fue emitido, o porque aquélla no lo asesoró adecuadamente, la consecuencia de dicha falta no puede recaer en el cliente, y mucho menos liberar a la aseguradora de sus obligaciones, puesto que dicha interpretación vulnera no sólo el principio de igualdad entre las partes, sino también el principio de buena fe de los contratos, al exonerar a las aseguradoras del cumplimiento de las obligaciones que la ley les impone para compensar la situación de desventaja en que se encuentra el cliente. El incumplimiento a dichas obligaciones por parte de la aseguradora debe tener una consecuencia en la aseguradora, en beneficio del cliente, y no viceversa. De lo contrario, se impone en la parte que está en desventaja y que además cumplió con sus obligaciones, la pérdida de su derecho, debido a una falta de su contraparte, que es la experta en materia de seguros, quien además resulta liberada del cumplimiento de las obligaciones que contrajo, sin tener que reembolsar a su contraparte el pago de las primas. Lo anterior, además de ser un incentivo negativo para las aseguradoras, pues les permite el incumplimiento de sus obligaciones, resulta evidentemente violatorio de la garantía de igualdad, puesto que se impone a las partes un tratamiento diferenciado que no está justificado y que resulta contrario a los principios que rigen las sanas prácticas en materia de seguros, así como el principio de buena fe de los contratos.

Amparo directo en revisión 828/2015. Organización Zahuayo, S.A. de C.V.  
2 de septiembre de 2015. Cinco votos de los Ministros Arturo Zaldívar

Lelo de Larrea, quien formuló voto concurrente en relación con la interpretación conforme a que se refiere la presente tesis; José Ramón Cossío Díaz, Jorge Mario Pardo Rebolledo, Olga Sánchez Cordero de García Villegas y Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena, quien reservó su derecho para formular voto concurrente. Ponente: Jorge Mario Pardo Rebolledo. Secretaria: Rosa María Rojas Vértiz Contreras.

### 2.1.1 Asegurado

El asegurado, por sí mismo o bien por intermediario o representante, debe declarar todos los hechos que sean importantes tal y como los conozca o los deba conocer, atendiendo a que en el país la prevención médica no es algo usual, como constata el estudio realizado por el INEGI, donde se establece que para 2010, el porcentaje de la población que declaró ser derecho habiente de algún seguro público o privado superaba por poco el 50% de la totalidad de la población.<sup>39</sup> Ello implica que un porcentaje muy reducido de los proponentes cuenta con diagnóstico antes de la contratación de una póliza de gastos médicos mayores; sin embargo, la aseguradora tiene la potestad de realizar examen médico al proponente para verificar el estado de salud en que se encuentra. Al respecto, la ley fija como momento oportuno para su realización el período comprendido entre la propuesta y la aceptación, y dispone también que en el caso de seguro de grupo o empresa, éste no será necesario (Artículo 202 LSCS).

Ahora bien, de acuerdo con el deber relativo a la declaración en tiempo y forma, visto a la luz de la buena fe, apartado que nos ocupa, cabe destacar que es precisamente un deber, y por lo tanto no existe la potestad de la otra parte del contrato, de solicitar su cumplimiento forzoso, razón por la cual se dan ciertas prerrogativas a la compañía aseguradora para que, en caso de no haber realizado el examen médico correspondiente antes del aseguramiento, o bien, tomando en cuenta que éste no es 100% concluyente, de encontrar alguna discrepancia grave y comprobable respecto al riesgo declarado y el

---

<sup>39</sup> INEGI, "Principales resultados del Censo de población y vivienda 2010", [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi\\_result/cpv2010\\_principales\\_resultadosVI.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosVI.pdf)

siniestro presentado, tome las medidas que en derecho le corresponden. Cabe resaltar que el deber del asegurado está circunscrito al cuestionario que para tal efecto realice la aseguradora, y que tendrá repercusiones no sólo en relación con el tipo de contrato que se suscriba, sino también con las determinaciones que se tomarán más adelante; es decir, si el asegurado no ha declarado algún padecimiento, enfermedad, procedimiento o análogo por ausencia de pregunta realizada en el cuestionario, no se presumirá mala fe y/o dolo del mismo, en la inteligencia de que si el asegurador no hace las preguntas oportunas, el tomador del seguro se encuentra liberado de las consecuencias de este deber.

En este sentido se ha pronunciado el poder judicial, al tenor de la tesis aislada antes reproducida (supra, 1.8).

### 2.1.2 Aseguradora

La obligación principal del seguro radica en resarcir un daño o pagar una suma de dinero, cuando ocurra el suceso contractualmente previsto.

Los siniestros son procedentes si sucedieron dentro de la vigencia de la póliza y no se encuentran explícitamente excluidos; en algunos casos, después de cumplido el tiempo de espera para el padecimiento en particular. Toda la información es de carácter documental y es importante que para determinar que existe una preexistencia, o que el asegurado hizo caer en error a la aseguradora por medio de una omisión o falsa declaración, se cuente con información fehaciente, en original y firmada por persona con facultades suficientes (médico, asegurado, laboratorio debidamente constituido, perito etc.). Sin embargo, es común que el personal administrativo interno, que puede o no contar con licenciatura en Medicina, decida unilateralmente sin contar con los elementos de prueba mínimos ni comprender los alcances del producto comercializado, y decline el pago del siniestro basándose únicamente en su percepción y lógica. En este caso la compañía aseguradora está incumpliendo con el principio de buena fe, el cual estipula que se deberá soportar el rechazo de cualquier siniestro con la documentación que en derecho corresponda. Para ello, la ley de la materia le faculta para solicitar “toda clase de información”, como remitir con un médico perito en el padecimiento o enfermedad, a fin de

que se determine con toda claridad la causa raíz del siniestro reclamado, el cual deberá restringir a lo acaecido en la declaración con la que el asegurado dio inicio a la reclamación, así como su estudio científico, lo cual evitará las dilucidaciones de tipo personal.

### 2.1.3. Agente de seguros

Intermediarios que podrán ser personas físicas o morales y que participan en la contratación de seguros mediante el intercambio de propuestas y aceptaciones, así como en el asesoramiento para celebrarlos, conservarlos o modificarlos, autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y por la aseguradora con la que tengan celebrado contrato o contratos. En ocasiones, las compañías tendrán un área específica de fuerza de ventas que se encargará de colocar exclusivamente sus productos, y en otros casos, éstos actuarán como profesionales libres teniendo vinculación con varias aseguradoras. Dependiendo de los esquemas en que el agente se contrate, podrá tener carácter mercantil o laboral. Esta última posibilidad rompe con el fin del agente que doctrinalmente se ciñe a:

Asesorar a los asegurables o asegurados en la contratación de una cobertura (...) incompatible con una estrecha vinculación entre esa persona y cualquier entidad aseguradora (...) Se supone y se supone bien, que es muy difícil que una persona se sustraiga a la influencia de la entidad aseguradora con cuyos intereses se encuentra consustanciado, o que, en algún momento, procesa a asesorar a los asegurados en colisión con los intereses de la misma (...) En nuestra opinión existe incompatibilidad entre el ejercicio de las obligaciones propias del productor asesor de seguros de amparar imparcialmente al asegurado, y ser, al mismo tiempo, empleado de la entidad aseguradora con la que se celebra el contrato.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Miguel Soto, Héctor, *Intermediación en el contrato de seguro. Régimen jurídico de los productores asesores*, Buenos Aires, La Ley, 2000, pp. 31 y 33.

De igual forma, y a la luz de la empresa aseguradora, es importante resaltar que si bien realiza funciones de “mediación”, éstas son en atención a lo percibido por el posible asegurado, en cuanto a representación, en concordancia con la tesis aislada que a continuación se transcribe:

Tesis: I.4o.C.88 C, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, 178307, Tribunales Colegiados de Circuito, t. XXI, Mayo de 2005, p. 1547, Tesis Aislada (Civil)

**SEGUROS. LAS INSTITUCIONES RESPONDEN POR ACTOS DE PERSONAS A LAS QUE PERMITEN ACTUAR EN SU REPRESENTACIÓN.**

Las empresas de seguros actúan a través de agentes, cuya actividad está sujeta al marco legal de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y el Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas. Aun cuando al agente de seguros se le suele considerar como un intermediario, lo cierto es que en nuestro derecho se le considera como un mandatario de la empresa, cuando actúa según sus instrucciones y dirección, y la representa, pues su actividad obliga a la aseguradora en la contratación de los seguros. Así se desprende de lo dispuesto por el Artículo 15 de la Ley sobre el Contrato de Seguro cuando establece que, respecto al asegurado, se reputará que el agente podrá realizar todos los actos que por costumbre constituyan las funciones de un agente de su categoría y los que de hecho efectúe habitualmente con autorización de la empresa. De dicho numeral se deduce que, por regla general, el agente de seguros tiene facultades de representación. Sobre esas bases es válido concluir que cuando una institución aseguradora consiente o permite que otra persona actúe en su representación, debe responder por los actos u omisiones de quien actúa en su nombre. Lo anterior se funda en la doctrina de la apariencia, y tiene como objetivo brindar seguridad jurídica y proteger a los clientes.

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

#### 2.1.4 Médico dictaminador

Médico titulado y con cédula, parte del personal administrativo que labora para una compañía aseguradora y que con base en los informes médicos facilitados por el asegurado a la compañía, determina -médica y contractualmente- si está amparado de acuerdo con el alcance de las coberturas contratadas y el padecimiento, enfermedad y/o procedimiento médico reclamado, y establece las especificaciones en las que deberá de satisfacerse la indemnización. Si el procedimiento se encuentra expresamente excluido, esgrimirá los razonamientos en su materia que permitan al asegurado comprender la causa del rechazo.

Es importante resaltar que los elementos que conforman un dictamen médico son:

- Cuestionario médico realizado antes de la celebración del contrato y que consiste en “conjunto de preguntas sometidas a la consideración de una persona, para conocer, a través de las respuestas, una serie de datos o circunstancias del asunto a que tales preguntas se refieren”.<sup>41</sup>
- Reclamaciones que integran el siniestro, entendiéndose éste como el acontecimiento histórico de la enfermedad o padecimiento por el cual el asegurado está solicitando el reembolso de sus gastos o la utilización de la red médica puesta a su servicio y que opera bajo la figura de “pago directo”. Dentro de éstas deberá existir la información médica soporte que en su momento permitió a las partes dilucidar sobre el caso en concreto: recetas médicas con todos los elementos de convicción que la autoridad competente marca para su correcta emisión; estudios de gabinete; diagnóstico e informe médico como mínimo.

Cuando el médico dictaminador emita su resolución, deberá integrar razonamientos médico-jurídicos que establezcan con claridad meticulosa y profesional la concatenación entre el producto contratado y el padecimiento presentado, ambos bajo la luz de la ciencia médica y jurídica. Cabe resaltar que a la fecha no existe pronunciamiento alguno de la autoridad reguladora (en

---

<sup>41</sup> Cfr. Martínez Gil, José de Jesús, *La buena fe en los seguros privados*, México, Porrúa, 2004, p. 125.

el caso que nos atañe, la CNSF) sobre la homologación de las características y elementos mínimos que deberían existir en el cuerpo de este documento, lo cual, en la práctica se traduce en un asunto de capacidad profesional personal y buena voluntad. De igual manera nos dimos a la tarea de preguntar en las tres aseguradoras más grandes del país dentro del ramo de Personas, a saber: MetLife, GNP y AXA, a lo cual nos fue confiado que tampoco existe un manual de procedimientos al cual atenerse, y que para el funcionamiento diario se confía en la capacidad del personal contratado y en la buena fe de los reclamantes.

### SEGURO, CONTRATO DE (EXÁMENES MÉDICOS)

El contrato de seguro ha sido considerado como *uberrimae bonae fidei*, por lo cual la ley obliga al asegurado a declarar el riesgo al asegurador, puesto que la determinación de dicho riesgo constituye para el asegurador la consideración esencial del contrato, toda vez que en presencia de la proposición del asegurado, la compañía estará en posibilidad de apreciar el riesgo y saber si puede o no asumirlo, siendo por esto por lo que los tratadistas sostienen que la visita médica, que se lleva al cabo para protección de la compañía aseguradora, no exonera al asegurado de la obligación de declarar todas las circunstancias que puedan influir en el riesgo, y tampoco puede favorecerle el error del médico que lo hubiere considerado como un riesgo aceptable.

Amparo en revisión 3577/57. José Manuel Longi Martínez y coagraviados.  
12 de mayo de 1958. Cinco votos. Ponente: José Rivera Pérez Campos.

## 2.2 Realización del riesgo

Momento dentro de la vigencia de la póliza en que alguno de los supuestos contemplados en el contrato se actualiza, derivando en el inicio de la obligación por parte de la aseguradora para indemnizar las pérdidas económicas al presentarse el evento de riesgo.

### 2.1.1 Omisiones y falsas declaraciones

Presentación errónea o descuido intencional en la información presentada a la aseguradora; o sea, una exclusión de la declaración de un hecho sustancial que afecte directamente la concepción y magnitud del riesgo asumido por la empresa aseguradora, haciendo uso de artimañas dolosas o no, que impidan apreciar con nitidez la realidad que está siendo expuesta para su posterior aseguramiento. Se consideran circunstancias esenciales para la elección del riesgo aquellas en las que se ha interrogado al asegurado. Lo anterior es necesario para que la compañía aseguradora evalúe el riesgo de forma veraz y fidedigna, protegiendo así, bajo el concepto de buena fe, la mutualidad existente y a la empresa *per sé*, que debe atenerse a sus propios límites de solvencia al momento de contratar un riesgo.

Toda vez que las omisiones o falsas declaraciones son analizadas a la luz del cuestionario médico realizado, y éste a su vez queda circunscrito a las preguntas que de forma clara realiza la Compañía (pudiendo en su caso liberar al asegurado de responsabilidad), es común que en la práctica las compañías fieles al adagio *unum facere et alterum non imittere* (hacer lo uno sin omitir lo otro) cierren los cuestionarios con preguntas abiertas como: “¿Padece o padeció alguna enfermedad grave distinta a las específicamente preguntadas?”, con lo cual se pretende revertir la carga de la prueba en contra del asegurado, comportamiento cuestionable desde el punto de vista ético y legal, ya que, atentos a la estructura y experticia de la Compañía, es menester aseverar que ésta es perito en la materia y no es posible, a pesar de estar ante un contrato de buena fe, esperar que el asegurado decida, según su criterio, si las enfermedades que ha sufrido a lo largo de su vida son suficientemente “graves” para ser mencionadas. Por lo tanto, en caso de estar ante una omisión (conducta de dejar de hacer) derivada de una pregunta genérica, no se podrá presumir que ésta cuente con importancia esencial y que su respuesta negativa tenga como consecuencia la nulidad del contrato, salvo que en el desarrollo de alguna reclamación sea claramente demostrado algún caso de fraude.

Para el caso en comento se entiende como una propuesta de tipo fraudulento aquella que, con la intención de obtener una utilidad indebida por parte del asegurado, tiene como consecuencia que el contrato celebrado se considerará fundamentalmente distinto al que, de haberse conocido todos los pormenores, será aplicable.

#### 2.1.1.1 Estudio del articulado 7, 8 y 47 de la Ley Sobre Contrato de Seguro

Dentro de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se estipulan los parámetros para el principio de Buena fe, mismos que, como se ha demostrado en este trabajo de investigación, son respaldados por la interpretación judicial sobre los fines que debe perseguir el contrato de seguro. De su correcta aplicación deriva una cabal apreciación del riesgo, el cual siempre debe evaluarse en términos integrales con miras a crear coberturas y primas aparejadas a la realidad; además, es de vital importancia recordar que las compañías aseguradoras están circunscritas al régimen de solvencia II, tema no explorado en el presente, pero que entre otras cosas, prevé que no asuman más riesgo del que pueden hacer frente. Por lo tanto, al incurrir en una omisión o acción que engendra un riesgo mayor, cabe la posibilidad de que éste sea mayor al que se debería suscribir en términos de solvencia.

Dentro del tema que en esta tesis pretende abordarse, se le da particular relevancia a este principio, ya que la Buena fe es contraria al fraude y al dolo *fides bona contraria est fraudi et dolo*<sup>42</sup> y es fundamento de justicia, al prever la observancia y sinceridad de las palabras y convenios:

*Fundamentum autem est iustitiae fides, id est dictorum conventorumque constantia et veritas.*<sup>43</sup>

El articulado que aborda estos temas está en los numerales 7, 8 y 47 de la ley.

---

<sup>42</sup> Digesta, *Cuerpo del Derecho Civil Romano*, trad. de Justiniano García del Corral Ildfonso (comp.), Instituta-Digesta, t. I, primera, segunda y tercera partes.

<sup>43</sup>Cfr. Ciceron, Zimmermann Reinhard, *Good Faith in European Contract Law*, United Kingdom, Cambridge University Press, 2000, p 78.

#### 2.1.1.1.1 Artículo 7o. de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

El Artículo 7o. de la Ley Sobre el Contrato de Seguro manifiesta lo siguiente:

Las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de ofertas suministrado por la empresa aseguradora, o bien remitirse al proponente para que éste las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa. El proponente no estará obligado por su oferta si la empresa no cumple con esta disposición. Las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato.

Hace patente que la Buena fe existe para ambas partes del contrato, entendiéndose que la primera parte atañe a la compañía aseguradora ya que es precisamente ella la que, al ser experta en la materia y en atención a que el grueso de los contratos de seguro son de adhesión, da el panorama universal sobre el riesgo que el tomador está ofertando, y garantiza con ello cierta equidad entre las partes. Sin embargo, en la realidad la propuesta se realiza por medio de un agente de seguros que rara vez entrega las condiciones generales, y por lo tanto impide que el asegurado conozca a cabalidad los alcances de la cobertura contratada. Es por ello que en pro de la búsqueda por mayor transparencia, las condiciones generales de todos los productos de adhesión suelen encontrarse en la página de Internet de las aseguradoras, lo cual implica que no podríamos aceptar que han sido “remitidas” al contratante. Esto no invalida la oferta y sus declaraciones en el contrato a celebrar, contrario a lo que se establece, puesto que la compañía cuenta con un lapso de tiempo especificado para dar respuesta, y si ésta es extemporánea, aún tendrá como base de la misma la oferta del riesgo cuyas consecuencias económicas le pretende trasladar, tomando en cuenta que el seguro se perfecciona cuando el proponente tiene conocimiento de la aceptación de la propuesta.

#### 2.1.1.1.2 Artículo 8o. de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

Posterior a delimitar el primer acto de la aseguradora, la ley comienza el tratamiento de los deberes del tomador, pues el contrato de seguro es conocido por antonomasia como el contrato de exquisita buena fe (*uberrimae bonae fidei*) y éste es el artículo que consagra la primera parte que la avala:

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

La compañía aseguradora debe, necesariamente, confiar en las declaraciones del proponente para delimitar el riesgo que se pretende trasladar. Esto es fundamental para que la aseguradora esté en posibilidad de clasificar acertadamente ese evento futuro e incierto, y determinar mediante la ley de los grandes números la aleatoria ocurrencia del siniestro en aras de fijar y cobrar la prima necesaria para que, en conjunto con la mutualidad, sea posible hacer frente a la misma. Cuando esta máxima se incumpla, el asegurado podrá ser acreedor a la sanción establecida para omisiones o falsas declaraciones, puesto que vuelve inaccesible el seguro. No obstante, esto está restringido por:

- a) Existencia de cuestionario escrito elaborado por la empresa de seguros
- b) Declaración de todos los hechos preguntados, los cuales deben ser importantes para la apreciación del riesgo sobre cuestiones que puedan influir en las condiciones convenidas.
- c) Deben ser declaradas tal y como las conozca o deba conocer al momento de la celebración del contrato. Este último punto es confuso, puesto que se celebra hasta que la aseguradora avisa al proponente la aceptación del riesgo, pero dentro del lapso de tiempo que transcurre entre un acto y otro, es posible que el riesgo haya cambiado.

Ante esto, y en estricto apego a la norma, el proponente no estaría obligado a enterar a la compañía, ni aun tratando de una agravación del riesgo, puesto que, de conformidad con el Artículo 52 de la Ley en comento, esto sólo es deber del asegurado *durante el curso del seguro*.

Al respecto, los siguientes criterios jurisprudenciales:

#### SEGURO, CONTRATO DE. REQUISITOS PARA LOS CUESTIONARIOS DE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS.

El contrato de seguro, siendo un contrato aleatorio, pues depende de un hecho incierto o contingente que entraña azar e implica el posible pago de beneficios que se encuentren completamente fuera de proporción, con las primas pagadas, requiere, en su celebración, de la buena fe del solicitante; porque las declaraciones de éste serán la base para el contrato, según dispone el Artículo 7o. de la Ley sobre el Contrato de Seguro y lo confirma su Artículo 47, al decir que cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Sin embargo, la obligación que la ley impone al solicitante, de obrar con buena fe al declarar por escrito los hechos que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato, como lo dice el Artículo 8o. del citado ordenamiento, tiene una doble limitación, expresada en dicho precepto, consistente en que los hechos deben ser declarados por el solicitante "de acuerdo con el cuestionario relativo" y que sean "importantes para la apreciación del riesgo o que puedan influir en las condiciones convenidas". Lo cual significa que las aseguradoras deben actuar con buena fe, también, procurando que sus cuestionarios no contengan preguntas insidiosas; entendiéndose por tales, no solamente las que se dirigen a ofuscar la inteligencia del que ha de responder, con objeto de inducirlo a error y obtener una confesión contraria a la verdad; sino también aquellas que impliquen un hecho que ninguna relación tiene con lo que es materia del cuestionario respectivo o que impliquen un hecho complejo, compuesto

de dos o más hechos ajenos al cuestionario, y que se formulan no con el fin de obtener la verdad que se busca, sino con el deliberado propósito de hacer incurrir en omisión, falsa o inexacta declaración, al solicitante. Esto en atención a que, por regla general, los cuestionarios de las compañías aseguradoras se refieren a hechos propios del solicitante, y por lo tanto, las preguntas, como las contestaciones, deben regirse, en su apreciación por los tribunales, en caso de conflicto, conforme a las reglas de la confesión.

Amparo directo 4912/72. La Nacional, Compañía de Seguros, S.A. 6 de noviembre de 1974. Unanimidad de cuatro votos. Ponente: Ernesto Solís López.

#### 2.1.1.1.3 Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

El concepto tratado en el Artículo 47: “Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los Artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro” contiene la segunda mitad del candado de la *uberrimae bonae fidei*: la consecuencia. El asegurador acepta el riesgo con base en la información proporcionada por el proponente del seguro, por lo que si ésta no es correcta, no permite la adecuada clasificación del riesgo y provoca que se vicie el consentimiento de la aseguradora. Es interesante el tratamiento que el legislador otorga al establecer que el asegurador cuenta con la facultad de rescindir de pleno derecho el contrato celebrado, acto que requiere ciertas especificidades para su configuración, a saber:

- a) Declaración por escrito de acuerdo con el cuestionario relativo, lo cual implica que, atendiendo a que la prueba por excelencia en este contrato es la documental, si el proponente omitió contestar ciertos puntos del cuestionario médico o bien contestándolas la aseguradora decidió celebrar el seguro sin mediar exclusiones, se tomará como irrelevante cualquier reticencia a lo que no está expresamente en el cuerpo del cuestionario.

- b) Que los hechos no declarados puedan influir en las condiciones convenidas. No es necesario que se declaren los hechos notorios, o que por la naturaleza del riesgo, el asegurador deba conocer.
- c) Que sean declarados tal y como los conozca o deba conocer el proponente; aplicando la máxima jurídica *Impossibilia nulla obligatio*, (A lo imposible nadie está obligado); por lo tanto, y de nuevo privilegiando la certeza jurídica entre las partes, todo dicho deberá estar debidamente respaldado por la documentación soporte otorgada de acuerdo con la ley de la materia (médico con cédula profesional, laboratorio debidamente constituido, etc.).
- d) Que exista una omisión o inexacta declaración en la solicitud o en el cuestionario por parte del proponente; haciendo particular hincapié en que la aseguradora no podrá invocar esta causal cuando le sean imputables o se hayan producido por su culpa, lo cual concurre cuando el asegurado se ha limitado a contestar en forma exacta y completa las preguntas por ella formuladas.

Sin embargo, y aun reuniendo las características recién expuestas, para que el asegurador pueda rescindir pulcramente el contrato, es necesario cumplir con formalidades claras y que se abarcan en la siguiente tesis:

Tesis: I.4o.C.67 C, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, 182004, 1 de 1, Tribunales Colegiados de Circuito, t. XIX, Marzo de 2004, p. 1532, Tesis Aislada (Civil)

CONTRATO DE SEGURO. EL AVISO DE RESCISIÓN DEBE CONTENER, EN FORMA AUTÉNTICA, LA CAUSA O CAUSAS QUE MOTIVARON A LA ASEGURADORA PARA DAR POR CONCLUIDA, ANTICIPADAMENTE, LA RELACIÓN CONTRACTUAL.

De la interpretación armónica de los Artículos 47 y 48 de la Ley sobre el Contrato de Seguro se desprende que pesa sobre la aseguradora la obligación de comunicar en forma auténtica al asegurado la rescisión del contrato, y aun cuando la propia ley no señala los requisitos que debe reunir dicho aviso, lo cierto es que por elemental justicia, se estima que al menos debe contener la causa o causas que en su caso motivaron que la aseguradora optara por ejercitar unilateralmente ese derecho, pues de

otra manera se deja en indefensión al asegurado o a sus beneficiarios, al no poder preparar una adecuada defensa. El contrato de seguro se rige por el principio de buena fe de las partes, de tal manera que el asegurado debe contestar con la verdad a las preguntas que la aseguradora le formule, porque a través de esas declaraciones podrá la empresa conocer y evaluar las circunstancias que influyen en el riesgo que va a asumir; pero la aseguradora también debe conducirse con buena fe, ya que si opta por rescindir el contrato, debe informar al asegurado o beneficiarios en forma auténtica la causa o causas que motivan la decisión de dar por concluida, anticipadamente, la relación contractual.

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

Amparo directo 9004/2002. Héctor Sobrino Caballero y otra. 7 de octubre de 2003. Unanimidad de votos. Ponente: Gilda Rincón Orta. Secretaria: Georgina Vega de Jesús.

#### SEGUROS, DECLARACIONES DEL ASEGURADO ANTE LAS COMPAÑÍAS DE.

Esto atiende a que el riesgo constituye el elemento esencial, en razón del cual la aseguradora se obliga, y es claro que una exacta apreciación del mismo, es su interés primordial. De ahí que el asegurado tenga el deber de declarar, con rigurosa exactitud y veracidad sobre lo que se le pregunte, y la inobservancia de tal deber está severamente sancionada, pues el Artículo en comento previene que cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos comprendidos en el cuestionario, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido, de pleno derecho, el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Una justa interpretación de este precepto impone entender que tiende a proteger tanto al asegurador como a los asegurados; al primero, para ponerlo a salvo de la dificultad de conocer numerosos datos singularmente importantes para definir su situación del riesgo y sus

condiciones, y a los segundos, para evitarles fáciles desconocimientos de los compromisos contraídos, de manera que así, respecto a estos últimos, la sanción que opere cuando el juzgador encuentre una negligencia inexcusable o una ignorancia de mala fe, en las omisiones y declaraciones inexactas, atenta la condición de la persona de que se trate y seguramente así lo entiende la misma ley, puesto que en su Artículo 50 establece que, a pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato en los siguientes casos: I. Si la empresa provocó la omisión o inexacta declaración. II. Si la empresa conocía o debía conocer el hecho de que no le ha sido declarado. III. Si la empresa conocía o debía conocer exactamente el hecho que ha sido inexactamente declarado. IV. Si la empresa reconoció el derecho de rescisión del contrato por esa causa. V. Si el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y, sin embargo, la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si de conformidad con las otras declaraciones del declarante, la cuestión debe considerarse contestada en un sentido determinado, y esta respuesta aparece como una omisión o inexacta declaración de los hechos.

Amparo directo 5121/58. La Interamericana, S. A. 16 de octubre de 1959. Unanimidad de cuatro votos. Ponente: Mariano Ramírez Vázquez.

## 2.2 Comprobación

La ley faculta a la compañía aseguradora para solicitar toda la información relativa a la realización del riesgo. Tomando en cuenta que la única prueba que se acepta es la documental, no sólo es relevante que la enfermedad o el padecimiento no pueda pasar desapercibido, sino que el asegurado debe estar enterado de ello, siempre a la luz del principio de certeza jurídica, ya que, como se ha expuesto, se trata de un contrato de buena fe, y no hay presunción alguna posible. Por tanto, la comprobación de los antecedentes y la posterior ocurrencia de un padecimiento o enfermedad, deberá acreditarse por medio de estudios de gabinete, pagos de medicamentos, e informes médicos entregados a la compañía aseguradora para la reclamación del pago del

siniestro, ya que estos formatos suelen indicar la fecha de inicio de los síntomas, y en materia de seguros, una enfermedad es considerada como un todo: desde los inicios de la misma hasta sus complicaciones.

Existen enfermedades catastróficas (como el cáncer), que si bien pueden hacer sonar las alarmas de una aseguradora, pudieron haber pasado desapercibidas por el asegurado, debido a que el sistema de salud actual no incentiva el empadronamiento, la atención rutinaria o el hábito de compartir información relacionada con la salud de una persona. Esto impide en buena medida contar con datos fehacientes que permitan comprobar el inicio de enfermedad, su atención y consecuencias; además, las compañías no siempre realizan examen médico a todos los proponentes, por lo que la ley faculta a la aseguradora para que subsane todos aquellos huecos en la información que al momento de la contratación no eran claros, exceptuando lo antes expuesto (como los espacios dejados en blanco por el proponente), solicitando al momento del siniestro lo que tenga que ver con su realización. Denotamos de nuevo el principio de Buena fe, ya que estos pedimentos deben estar aparejados a la realidad y ser factibles bien de conseguir, o bien de realizar, por lo tanto no podrá rechazarse el pago si sólo se cuenta con presunciones médicas; éstas deberán ser fiables y legales.

Los tribunales están de acuerdo con la postura aquí expresada, denotando que la empresa aseguradora se encuentra en una posición privilegiada frente al asegurado:

Tesis: I.6o.C.395 C, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, 175356, Tribunales Colegiados de Circuito, t. XXIII, Abril de 2006, p. 985, Tesis Aislada (Civil)

CONTRATO DE SEGURO DE VIDA. SI SE ACREDITAN OMISIONES O INEXACTITUDES DE UN PADECIMIENTO QUE SUFRÍA EL ASEGURADO AL LLENAR LA SOLICITUD, SE DA EL CASO DE EXCEPCIÓN PARA QUE LA ASEGURADORA NO ESTÉ EN APTITUD DE RESCINDIRLO, POR ESTIMARSE QUE CONOCIÓ, O DEBIÓ CONOCER DE LA ENFERMEDAD DE SU ASEGURADO.

Si la aseguradora, para eludir su responsabilidad de cubrir a la beneficiaria el pago del siniestro, aduce que se extinguió su obligación porque el asegurado incurrió en omisiones o inexactitudes de un padecimiento que sufría, en términos del Artículo 8o. de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en nada le favorecen sus argumentos cuando de autos del juicio por el que se exige el pago del siniestro, quedó debidamente acreditado que no obstante las omisiones o inexactitudes al llenar la solicitud, el proponente se encontraba internado, convaleciendo en un hospital donde se le practicó una intervención quirúrgica, para cuya realización, necesariamente debían hacerse estudios para conocer de la enfermedad del paciente, por lo que la aseguradora se inhabilitó a sí misma para rescindir el contrato, pues aun cuando en la solicitud aparezca que el contrato se efectuó en un domicilio distinto del hospital, lo cierto es que si el contratante se encontraba internado a la fecha de la firma, por fuerte presunción, lógica y humana, por objetividad y justicia, debe entenderse que fue en un cuarto del hospital donde se suscribió el contrato de seguro estimándose, por ende, que un empleado de la aseguradora atendió al proponente en el lugar señalado, lo que produce efectos para las dos partes por ser imperativas las normas de la Ley sobre el Contrato de Seguro y, por tanto, se presume que la aseguradora conoció por medio de sus agentes del mal que padecía el asegurado, de manera que se actualizó el supuesto previsto en la fracción II del artículo 50 de la ley invocada, pues la aseguradora no sólo conoció, sino que estaba obligada a conocer, desde la fecha de la solicitud del seguro, por conducto de sus agentes que lo instrumentaban y después, a la entrega de la póliza, del mal que padecía el proponente, toda vez que están facultados para recibir, ofertar y rechazar declaraciones de los solicitantes, en términos del Artículo 14 de la misma codificación legal en cita. Lo que revela en todo caso, una clara negligencia de la aseguradora y su personal, al indagar sobre las posibles enfermedades no declaradas de sus clientes, de manera que, si se tiene como lugar de suscripción del contrato, el propio hospital, se colige que fue ahí donde compareció y actuó la empresa aseguradora para la negociación, por lo que, a pesar de que se acrediten omisiones o inexactitudes del asegurado al llenar la

solicitud, de acuerdo al referido Artículo 8o. se da el caso de excepción para que la aseguradora no esté en aptitud de considerar de pleno derecho la rescisión del contrato conforme al Artículo 47 de la citada ley, por estimarse que conoció o al menos debió conocer de la enfermedad de su asegurado, consistente en el hecho no declarado por éste, de acuerdo con lo estatuido en el también referido Artículo 50, fracción II.

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

Amparo directo 4346/2005. Guadalupe Hilda Carballo Petrone. 8 de septiembre de 2005. Unanimidad de votos. Ponente: Gilberto Chávez Priego. Secretario: Miguel Ángel Castañeda Niebla.

### 3. Rescisión

Si bien la ley no utiliza el término “rescisión de pleno derecho”, ésta no es aplicable a cabalidad bajo la inteligencia de que no es dable para una de las partes decidir sobre los aspectos que incumben a ambas partes dentro de un contrato, tal como la continuidad del mismo. Cabe resaltar que, al ser materia mercantil -cuya nota distintiva es la celeridad en los procedimientos en tanto que el objetivo de los comerciantes es el lucro-, el legislador consignó en las leyes de la materia ciertas presunciones y facilidades para dotar de rapidez todo lo concerniente a esta rama en particular. Sin embargo, lo anterior estará siempre respaldado por el principio de certeza jurídica, y se prevé un procedimiento formal para realizar la notificación: un plazo de treinta días después de conocido el hecho que da lugar a la decisión de la aseguradora, éste debe ser auténticamente notificado al asegurado y/o beneficiarios, y después de realizada dicha notificación, la responsabilidad de la compañía aseguradora estará vigente quince días más. Es interesante acotar que, toda vez que el asegurado siempre tenga acceso a los medios de defensa que para tal efecto existen, la ley es omisa respecto al tiempo en el cual caduca su derecho para debatir la rescisión. Por nuestra parte, consideramos que debería combatirse dentro de los quince días en que el contrato aún está vigente, pero

no es descabellado asumir que en cualquier momento dentro de la vigencia contratada, el asegurado podría acudir a los medios jurisdiccionales para hacer valer su derecho.

Se entiende que se trata de una presunción jurídica que permitirá establecer una estrategia de defensa clara y direccionada, a menos que el asegurado acepte tal acto por medio de la omisión, y dé por terminado el contrato.

Sobre el particular, el poder judicial se ha pronunciado de la siguiente manera:

Tesis: I.4o.C.333 C (9a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Tribunales Colegiados de Circuito Libro XII, Septiembre de 2012, t. 3, p., 1964, Tesis Aislada (Civil)

RESCISIÓN DE PLENO DERECHO DEL CONTRATO DE SEGURO. PARA QUE SURTA SUS EFECTOS DEBE HACERSE DEL CONOCIMIENTO DE LOS ASEGURADOS O BENEFICIARIOS.

El Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro establece que cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los Artículos 8o., 9o. y 10o. facultarán a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, y el Artículo 48 del mismo ordenamiento señala que la empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración. De lo expuesto deriva que es incorrecto considerar para el inicio del cómputo de los treinta días a que se refiere el Artículo 48, la fecha en que se originó la causa de rescisión, debido a que la disposición es clara al establecer que la empresa comunicará la rescisión en forma auténtica al asegurado o los beneficiarios dentro de los treinta días siguientes a que conozca la omisión o inexacta declaración. *El Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro faculta a la empresa para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, pero ello no significa que el contrato deje de surtir sus efectos automáticamente, porque la expresión "de pleno derecho" implica que la aseguradora no requiere acudir a los tribunales a solicitar que se declare la rescisión del contrato, sino que únicamente es necesaria la*

*actualización del supuesto previsto en la ley, para que tenga la facultad de rescindir el contrato unilateralmente.* Pero, el Artículo 47 en estudio, no puede aplicarse en forma aislada, y para que la rescisión establecida unilateralmente por la empresa produzca sus efectos, es indispensable que cumpla con el requisito formal que establece la propia ley en el Artículo 48, de notificar en forma auténtica su decisión, para evitar dejar en estado de indefensión al asegurado o a sus beneficiarios, por lo tanto, es necesario que la decisión de la aseguradora sobre el ejercicio de la facultad de rescindir el contrato se haga del conocimiento del asegurado o sus beneficiarios en forma auténtica, y en el tiempo que la ley concede para tal efecto.

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

#### 4. Nulidad

El Artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro establece que: “El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración, el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado”. Si entendemos como riesgo una enfermedad, se podría asumir que el contrato no surte efectos, pero ello es imposible jurídicamente porque hasta el momento en que la compañía aseguradora se haga conocedora (con los elementos antes expuestos) de este hecho, podrá accionar las facultades otorgadas por, y hasta ese momento los efectos seguirán surtiendo para ambas partes.

Es importante denotar los vocablos “al momento de su celebración” pues, como se ejemplifica de forma absoluta con la tesis que se transcribe a continuación, en el caso de que la enfermedad tenga verificativo en el lapso ocurrido durante la oferta y aceptación, ésta será también causa de nulidad, ya que el contrato no se encuentra perfeccionado:

Tesis: VI.2o.C.556 C, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, 172061, 4 de 5, Tribunales Colegiados de Circuito, t. XXVI, Julio de 2007, p. 2478, Tesis Aislada (Civil)

CONTRATO DE SEGURO. SU RENOVACIÓN SE PERFECCIONA DESDE EL MOMENTO EN QUE EL PROPONENTE TENGA CONOCIMIENTO DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA.

De conformidad con el Artículo 1o. de la Ley sobre el Contrato de Seguro, por virtud de ese acuerdo de voluntades, 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, el cual es de naturaleza consensual, pues al tenor del diverso numeral 19 de dicho ordenamiento legal, sólo para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones o reformas se harán constar por escrito. Por su parte, el Artículo 21 de la legislación en cita establece que el perfeccionamiento del contrato de seguro opera en el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. No obstante, la ley no prevé la forma en cómo se perfecciona la renovación de un acuerdo de voluntades ya existente, de donde se concluye que a dicha hipótesis le es aplicable, analógicamente, la regla prevista en el citado Artículo 21 y, en consecuencia, el perfeccionamiento de la renovación de un contrato de seguro opera cuando el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta.

SEGUNDO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL SEXTO CIRCUITO.

Amparo directo 111/2007. Seguros Comercial América, S.A. 31 de mayo de 2007. Unanimidad de votos. Ponente: Raúl Armando Pallares Valdez. Secretaria: Gabriela Guadalupe Rodríguez Escobar.

## 5. Tendencias en Gastos Médicos Mayores

Para detectar posibles fraudes a pólizas de seguros de gastos médicos, el sector asegurador ha creado un listado de alertas, desarrolladas en atención a la experiencia:<sup>44</sup>

Categories	Alarms
NEW POLICY/MODIFICATION/SNEXT TO END COVERAGE:	Accident on same date of policy start or Policy Endorsement Date
	New policy and 2nd or more than 2nd claim within 6 months to 1 year
	Policy replaced in the last 6 months
	Policy modified in the last 6 months
GUARANTEES/COVERAGES:	Fire of a insured vehicle between 2,5 and 3 years old
	Total theft of a vehicle between 2,5 and 3 years old
	Insured with theft coverage without all risk coverage
	Fire or Theft Claim with a previous claim without all risk policy?
TIME/LOCATION/STRANGE CIRCUMSTANCES:	Body injuries (arms and/or legs) in accidents occurred on Mondays or after holidays
	Claims "in-itinere" (way work/way home) occurred out of the normal timetable
	Claims occurred at dawn (between 2:00-6:00am)
	Delayed notification of accident
RELATIVE S/SAME PERSON	Claims with Policy-holder's relatives
	Policyholder/Insured Person/Driver with same surname of third party
	Similar claims Of the same policyholder
FREQUENT/REPETITION/HISTORICAL DATABASE	Previous claims with fraud proved at Company.
	Previous claims with the same insured (different policies)
	Agent with previous code fraud claims - as policyholder or Agent
BLACK LIST	Blacklisted Vehicle or Driver or Policy Holder or Third Party

Es posible apreciar que la mayoría de estos elementos se determina por la atipicidad de comportamiento, aunque es necesario hacer hincapié en que no se puede considerar como positivo inmediato cuando un asegurado cae en alguna de estas alertas, pues deberá revisarse el comportamiento integral de

<sup>44</sup> Alert Implementation Review, Asociación Mexicana de Instituciones de Seguro.

la póliza y sus asegurados, así como los comprobantes que se entregan a la aseguradora para fundamentar la reclamación.

En el sector, existe el “Triángulo del Fraude en Gastos Médicos Mayores”<sup>45</sup> que fue expuesto por PWC (PriceWaterhouseCopper), empresa líder en auditoría, consultoría y asesoramiento legal y fiscal durante la Convención de Aseguradores en México en el año 2012. Es interesante observar que en este Triángulo no se ejerce de ninguna manera la autocritica, pues como se ha demostrado a lo largo de este trabajo de investigación, las empresas aseguradoras cuentan con una infraestructura sólida y robusta que en ocasiones las hace más rentables dentro del sector financiero que la banca. Precisamente por ello, y debido a la posición privilegiada que les atribuye ser peritos en la materia y generar de forma unilateral las condiciones generales, un número importante (pero difícilmente cuantificado) de los fraudes, en su mayoría de tipo contractual, son consecuencia de los débiles controles de calidad en su cadena de producción, la cual consiste en: revisar con detenimiento el riesgo propuesto –suscripción-; recopilar la información idónea para la correcta atención del riesgo –agente-; verificar los elementos para reclamación de un siniestro –médicos dictaminadores-. Esto deriva inequívocamente en tendencias que dejan al descubierto los grandes puntos ciegos de la operación rutinaria de una compañía aseguradora.

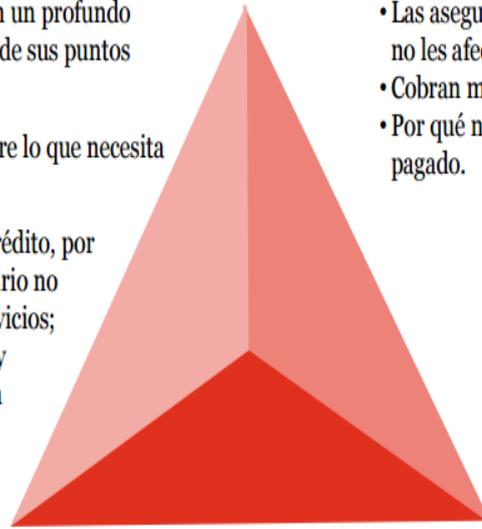
---

<sup>45</sup> “Fraude en Seguro de Gastos Médicos Mayores”, Convención de Aseguradores en México, Mayo 2012,  
[https://www.amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/2.1.%20PresFraudeSeguros\\_Luis\\_Vite%20Z\\_%20fina\\_.pdf](https://www.amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/2.1.%20PresFraudeSeguros_Luis_Vite%20Z_%20fina_.pdf)

## ***El triángulo del Fraude en Seguro de Gastos Médicos***

### ***Oportunidad:***

- Los médicos y hospitales, tienen un profundo conocimiento del sistema, tanto de sus puntos fuertes, como de los débiles.
- Poder absoluto de decisión, sobre lo que necesita un paciente.
- A diferencia de las tarjetas de crédito, por ejemplo, en Seguros, el beneficiario no es quien finalmente paga los servicios; por lo que la carga de vigilancia y monitoreo queda totalmente con las Aseguradoras.
- Poco monitoreo y sin consecuencias



### ***Racionalización:***

- Las aseguradoras ganan mucho, no les afecta.
- Cobran muy caro.
- Por qué no recuperar algo de lo pagado.

### ***Presión:***

- Presión económica por altos costos médicos.
- Lograr la meta de facturación por servicios hospitalarios .
- En el caso de médicos, mantener el estatus profesional y socioeconómico.
- Presiones familiares para sustitución de Asegurado.

## PROPUESTAS

1. La aseguradora y el asegurado están en continuo movimiento e intercambio de acontecimientos durante la vida de un contrato de seguro, y en tal virtud, necesitan entender a cabalidad los alcances y exclusiones del producto motivo de la transacción para que el contrato de seguro cumpla su finalidad última, que es permitir la sana vida económica de un país.

2. El fraude contractual vinculado con la compañía aseguradora tiene su principal arista en la calidad de la información con la que las citadas compañías aseguradoras hacen frente a las propuestas de aseguramiento y reclamaciones de siniestros, únicos momentos en que puede allegarse de información y comprobarla para satisfacer los requisitos inherentes que todo pago erogado y solventado por la mutualidad debe cumplimentar para estar de acuerdo con lo estipulado en atención a la teoría de los grandes números, y que se encuentra aparejado a Solvencia II.

Dentro de las grandes barreras que hoy afectan al sector asegurador, se encuentra la imposibilidad de corroborar la información proporcionada por el asegurado respecto, sobre todo, a los hábitos de las personas; el inicio del padecimiento posteriormente reclamado, y las posibilidades de “doble indemnización” por parte del sector mismo, ya que la comunicación entre las aseguradoras no suele ser muy dinámica. Prueba de ello es que, si bien en el sector *privado* asegurador el año pasado se concretó, por medio de la AMIS (Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros) el proyecto “SAP GMM”<sup>46</sup> (Sistema de Atención y Prevención Gastos Médicos Mayores), el mismo aún no está en marcha debido a que los procesos de licitación e intercambio de información se ven frenados por las limitantes de tipo comercial al interior de las asociadas. No obstante, es importante denotar que en nuestro país sólo el 7%<sup>47</sup> de la población cuenta con un seguro privado para hacer frente a gastos médicos mayores; por lo tanto, y asumiendo sin conceder, que el intercambio de información se realizará de manera cotidiana, el universo que no se contempla es demasiado amplio para asumir que se cuenta con información

---

<sup>46</sup> <http://www.amis.com.mx/amis/comites.html>

<sup>47</sup> <http://razon.com.mx/spip.php?article293168>

suficiente. Esto, atendido desde la óptica de que las instituciones de seguridad social son también aseguradoras, y si bien en la tesis que nos ocupa no han sido consideradas, para la atención integral de los fraudes contractuales (a los que todas las aseguradoras están expuestas), es indispensable crear un sistema de información en materia de salud que involucre a todos los servicios en el país de salubridad, a saber: ISSSTE, IMSS, ISSFAM, Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos, Seguro Popular y Seguros de carácter privado. Cabe acotar que en todos los casos se paga una prima de acuerdo con el riesgo ofertado, la cual, sin excepción, pasa a formar parte de la mutualidad que en última instancia es la que debe ser resguardada de cualquier inconveniente derivado de una decadente, ineficiente o poco informada gestión de los aseguradores.

3. Respecto a la base de datos que se propone (misma que en atención a la las leyes de transparencia aplicables, no puede ser pública por definición, en tanto que contiene información sensible de los usuarios), deberá ser resguardada por un órgano descentralizado y perteneciente a la Secretaría de Salud, y en su caso, otorgar información a los asegurados exclusivamente con carta de información adicional expedida por la aseguradora con la que se haya celebrado la relación contractual, derivada de la presentación de una reclamación y con sustento médico y jurídico suficiente que permita verificar la finalidad virtuosa de la información solicitada. Esta petición de información deberá realizarse siguiendo las reglas adjetivas de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, a fin de garantizar que las empresas, que tienen fines de lucro, no harán uso de tal información para prospectar comercialmente o negar la contratación por posibles afectaciones a la salud que deriven en tratamientos de alto costo. En este orden de ideas, la carta de información adicional deberá contener todos los datos de contratación para legitimar el pedimento, acompañado de copia de la información presentada por el asegurado, toda vez que los originales deberán obrar siempre en el área dictaminadora de la aseguradora, y el escrito tendrá que solicitar puntualmente datos necesarios e indispensables para dilucidar aquellos puntos que, a la luz del contrato y la normatividad aplicable, sean neurálgicos para verificar si se actúa dentro de los parámetros de lo contratado.

4. Para lograr eficiencia en la base de datos y su operatividad, así como para evitar abusos en detrimento de la seguridad económica y física de los asegurados, se propone contar con médicos y abogados familiarizados con la ley y los productos ofertados por las aseguradoras; los endosos (supra D 1.12), y la concatenación lógica y médica de una enfermedad y sus posibles aristas. La solicitud deberá hacerse a petición de la parte interesada, teniendo sólo acción el asegurado y beneficiario, y deberán establecerse los tiempos de respuesta en un lapso no mayor a diez días hábiles de acuerdo con la complejidad de la información solicitada.

Los datos que deberán alimentar la referida base de datos son:

<b>A. Solicitud de información adicional</b>	<b>B. Contestación de órgano descentralizado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clave de la compañía aseguradora</li> <li>• Número de póliza</li> <li>• Número de siniestro</li> <li>• Número de reclamación</li> <li>• Tipo de seguro</li> <li>• Tipo de producto o cobertura</li> <li>• Fecha de antigüedad del afectado</li> <li>• Datos del afectado:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo</li> <li>• RFC</li> <li>• CURP</li> <li>• CIE-10</li> <li>• CPT-4</li> </ul> </li> <li>• Información médica del caso en particular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos del ciudadano:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo</li> <li>• RFC</li> <li>• CURP</li> </ul> </li> <li>• Hallazgo de información coincidente con la petición               <ul style="list-style-type: none"> <li>• CPT-4</li> <li>• CIE-10</li> <li>• Fechas de ocurrencia</li> <li>• Clave de la compañía aseguradora</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Razonamiento lógico-médico- jurídico en el que se contemple la solicitud formal y puntual, así como los incisos del contrato que permitan el acceso a tal información.</li> </ul>	
--	--

5. El asegurado en contra parte debe tener las facilidades necesarias para aplicar sus facultades de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y replicarlo en el Reglamento Interior de la Comisión de Seguros y Fianzas, donde se reciben denuncias de los ciudadanos respecto al incumplimiento de las aseguradoras del principio de buena fe, que para el caso en particular, se limita a actuar en estricto respeto de los productos vendidos y a favor del asegurado, impidiendo así que sólo derivado de las facultades de supervisión, o bien por un golpe de suerte, alguien se percate de cierto *modus operandi* de este sector, que en más de una ocasión apostará por rechazos llanos y sin fondo para evitar otorgar la indemnización correspondiente, al incoar acciones colectivas –facultad reconocida- derivado de una noticia de irregularidad dada precisamente por los afectados o inclusive los mismos empleados del sistema.

Es por demás importante que se modifique la concepción de la “rescisión” (supra B, 7) y rechazo de forma unilateral por la aseguradora, dejando así en desventaja al asegurado y rompiendo con el *favor debilis* al dejar la carga de la prueba y del proceso a la parte contratante con evidente desventaja.

6. Respecto a la función fundamental que cumple el Agente de Seguros como intermediario de las partes, cuya participación trasciende a la comisión mercantil o laboral deveniente de la correlación con la aseguradora, según el esquema específico con el que se establezca la relación contractual en comento, existe una serie de elementos que hacen de la figura del Agente una institución de suma relevancia respecto al posible fraude contractual que cualquiera de las

partes puede resentir, ya que, como sabemos, dentro del marco jurídico aplicable nunca se establece nexo directo entre el asegurado, el tomador, el contratante y la compañía aseguradora, convirtiéndose de esta manera el Agente en un personaje indispensable para la correcta contratación de un riesgo, pues él se encargará de recabar la información elemental e indispensable para que la compañía aseguradora pueda dimensionar y suscribir correctamente el riesgo propuesto. Además, para el asegurado, el beneficiario, el tomador y/o el contratante, hace las veces de asesor y gestor dependiendo del momento en que se soliciten sus servicios, mismos en los que teóricamente hablando, el Agente es perito y por lo tanto tendrá la capacidad –y obligación- de explicar de manera pormenorizada el alcance, limitaciones y exclusiones del producto contratado de manera tal que cumpla con las necesidades del usuario y esté correctamente primado para preservar la sutil y necesaria equidad de las partes.

7. Esto ha sido comprendido de forma somera tanto por el Estado como por las aseguradoras. En el primer caso, se facultó a la CNSF y se expidió autorización para ejercer, exigiendo para tal efecto algunos requisitos mínimos indispensables (Artículo 10 RASF), dentro de los cuales el grado académico mínimo es medio superior. Al respecto, consideramos que este criterio debería ser modificado, ya que el grado de responsabilidad y profesionalismo que se debe seguir en este tipo de contratos no sólo requieren capacidad técnica demostrada, sino también conocimientos que se adquieren en la educación formal de tipo superior, lo cual garantiza la correcta colocación de los riesgos que a mediano plazo se vuelven tangibles en la vida económica sana de una nación. Cabe mencionar que se le dotó de la facultad de perseguir, a petición de parte, las faltas administrativas de los Agentes e imponer sanciones de acreditarse tal hecho. Desde nuestro punto de vista es fundamental que, dado que la CNSF cuenta con una estructura robusta y es alimentada por la información interna de todas y cada una de las compañías aseguradoras, se le dotará de la facultad de perseguir de oficio las posibles faltas de los agentes de seguros, ya que, en atención a la posición privilegiada en que se encuentran como único medio de colocación y contratación de riesgos, puede prestarse a prácticas desleales fácilmente detectables bajo ciertos mecanismos de minería

de datos, entendiendo esto último como: “(...) el proceso de detectar la información procesable de los conjuntos grandes de datos. Utiliza el análisis matemático para deducir los patrones y tendencias que existen en los datos. Normalmente, estos patrones no se pueden detectar mediante la exploración tradicional de los datos porque las relaciones son demasiado complejas o porque hay demasiados datos.”<sup>48</sup>

8. En este mismo orden de ideas resulta curioso que de acuerdo con los datos publicados por la Comisión en el apartado de “Sanciones a agentes de seguros y/o fianzas”<sup>49</sup>, la gran mayoría de las sanciones aplicadas sean por violación al Artículo 23 del RASF, que habla de la póliza de errores y omisiones, cuya cobertura contempla la “responsabilidad civil en que incurriere el Asegurado a consecuencia de culpa, ya sea por negligencia o impericia, en el ejercicio de su actividad profesional”;<sup>50</sup> y en el caso de agentes persona moral, podemos ver que de nuevo la causa más común es la falta de póliza de RC y la falta de datos y documentos de identificación del cliente, violación al Artículo 140 de la abrogada LGISMS, lo cual evidencia la falta de profesionalización que existe en este gremio, y que es directamente responsabilidad del sector asegurador garantizar la capacidad de la “fuerza de ventas”. Por lo tanto, es imprescindible dar cursos, talleres, conferencias, convenciones de actualización y retroalimentación para incentivar la relación entre todos los involucrados, ponderando el bienestar de la mutualidad, ya que el sector asegurador, según datos de SHCP, representa el 3% del PIB, recordando que en el país, según el Artículo 25 de la Ley General de Educación, se destina sólo el 1% del PIB a la investigación científica y al desarrollo tecnológico en las Instituciones de Educación Superior Públicas.

9. Así mismo, consideramos que es de suma relevancia que se dé vista a la CNSF cuando alguna compañía encuentre irregularidades respecto al actuar de un agente, sin distinción entre personas morales y físicas. En la

---

<sup>48</sup> <https://msdn.microsoft.com/es-es/library/ms174949.aspx>

<sup>49</sup> <http://www.cnsf.gob.mx/SancionesImpuestas/Paginas/Agentes.aspx>

<sup>50</sup> GNP, “Condiciones Generales. Responsabilidad Civil Agentes”, <https://www.gnp.com.mx/wps/wcm/connect/f700a654-6803-43a7-a8a7-f82c771e4c43/RC+Agentes+y+Agencias.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=f700a654-6803-43a7-a8a7-f82c771e4c43>

práctica, lo habitual es el cese de negocios con el agente en específico, y esta acción está sujeta a la continuidad de los funcionarios internos de la aseguradora porque no existe registro alguno de tal decisión, dejando en indefensión a su representada en el futuro y a las demás compañías de seguros, así como a la mutualidad misma que no cuenta con información de carácter confidencial y técnica que permita verificar con eficacia las acciones financieras que les afectan.

10. Por último, y de acuerdo con nuestro afán de abarcar a todos los sujetos; somos conscientes de que en ocasiones, los asegurados contratan seguros de gastos médicos mayores a sabiendas de padecer alguna enfermedad cuyo costo puede resultar por demás oneroso y de difícil comprobación, lo cual sucede, entre otras cosas, por la falta de comunicación entre las diversas entidades que prestan servicios médicos (supra E, 3).

Al respecto, consideramos que la única manera de minimizar esta circunstancia al interior de una compañía aseguradora con el marco legal existente, es por medio de la capacitación continua del personal que labore con ella, enseñándoles la concatenación lógica entre las potestades de la ley y las condiciones generales del producto en cuestión y la ciencia médica, ya que, como sabemos, dentro de la infraestructura de cualquier compañía de seguros habrá una o varias áreas constituidas primordialmente por médicos dedicados en su totalidad a dictaminar los siniestros presentados. Sin embargo, esta característica pocas veces se da en el área de suscripción, pues suele ser atendida por actuarios y responde en su totalidad a la teoría de los grandes números, con lo que se pierde la oportunidad de solicitar, en su momento procesal, examen médico a ciertos proponentes que presenten características que podrían denotar una circunstancia atípica y por lo tanto indicativa de un probable fraude contractual.

11. La calidad de la información y el archivo de la misma suelen ser un problema primordial, ya que en el contrato de seguro la única prueba admisible es la documental bajo la inteligencia de que todo acto se realiza por escrito para su correcta comprobación. La solicitud de aseguramiento, examen médico y cuestionario médico en original y de puño y letra del asegurado, contratante o

tomador, deberán ser un requisito *sine qua non* para realizar la cotización correspondiente del seguro; de igual forma, todos los estudios, dictámenes, facturas y recetas en original, serán un requisito *sine qua non* para la presentación de un siniestro. Este cambio (al que además el sector está obligado) podría reducir sensiblemente el monto y número de ocasiones en que se ven afectados por fraude contractual.

12. Es importante desplegar en toda la República un grupo de médicos tratantes con notable experiencia y solvencia económica y moral, así como con la capacidad profesional específica (refiriéndome con esto a cédulas que acrediten la especialización necesaria en el tema concreto), para recibir a todo asegurado que, con sustento en el Artículo 69 de LSCS, sea enviado con peritos en la materia médica puntual de su afectación para realizar los procedimientos necesarios a costa de la compañía aseguradora, con el fin de acreditar fehacientemente el inicio del padecimiento y su vinculación con otras afectaciones. Ello evitará caer en una dolosa correlación de padecimientos que, contractualmente hablando, se subsumen a una sola enfermedad y por lo tanto corren la suerte del principal; todo esto, en atención a la tesis que se transcribe:

#### SEGURO DE GASTOS MÉDICOS. PADECIMIENTOS ANTERIORES.-

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 existentes en la fecha de la expedición de la póliza, esto claramente significa que se están asegurando posibles riesgos futuros, es decir, riesgos que puedan 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 aseguradora, 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 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 si estos padecimientos, por cualquier causa, se recrudecen 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 ya a requerir en forma inminente, independientemente de que las partes lo supieran 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.

PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL  
PRIMER CIRCUITO.

Amparo en revisión 517/76.-Álvaro Ian Rodríguez Hanzin.-19 de octubre de 1976.- Unanimidad de votos.-Ponente: Guillermo Guzmán Orozco.  
Semanario Judicial de la Federación, Séptima Época, Volúmenes 91-96, Sexta Parte, página 197, Tribunales Colegiados de Circuito.

Es de total trascendencia que aun contando con el referido dictamen médico, éste sea siempre respaldado por la información documental que acredite sin lugar a dudas del conocimiento del asegurado, tomador o contratante del padecimiento reclamado y no otro.

13. Siguiendo con esta lógica, es importante que se elimine del cuestionario médico el apartado que de manera más o menos uniformada en el sector dice: “En los últimos 5 años, alguno de los solicitantes”, puesto que con ello, de existir alguna afectación anterior que se manifieste con posterioridad, la aseguradora no estaría en posición de rechazarla, ya que las implicaciones del cuestionario médico son totalmente vinculatorias a la compañía en tanto que es la experta y la parte más fuerte en esta relación contractual.

Por lo tanto, creemos que el método de prevención más efectivo es precisamente la identificación puntual de todos y cada uno de los asegurados de la mutualidad, mediante una investigación expedita y profesional anterior a la contratación de la póliza.

#### 14. Acotaciones finales

Existen algunas incongruencias detectadas que merman con el principio de buena fe, tal como lo establecido en el Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a la letra dice:

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

Acotamos que es importante recordar lo vital de la póliza, que para la materia a tratar, representa la prueba por excelencia de la celebración del contrato de seguro, y toda vez que pertenece a la materia mercantil (misma que por su propia naturaleza requiere facilidades específicas), deja fuera al tomador del seguro que en una cantidad importante de contrataciones será la figura central y también el proponente del riesgo, impidiendo que haga corrección alguna a la oferta.

En este orden de ideas, donde la ley deja fuera el vocablo que incluye a alguna de las posibles partes del contrato, se encuentra el Artículo 23 de la ley, que impide que el contratante solicite el duplicado de una póliza a su costa, ya que la redacción implica sólo al beneficiario o asegurado:

Artículo 23.- La empresa aseguradora tendrá la obligación de expedir, a solicitud y costa del asegurado o beneficiario, copia o duplicado de la póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta. Tratándose de los beneficiarios, sólo se expedirá la copia o duplicado a que se refiere este Artículo, cuando se haya presentado el evento del cual derive su derecho previsto en el contrato de seguro.

De igual forma, y esto sólo en atención a la redacción de la ley por medio del poder legislativo, se rompe con el principio de Buena fe al dejar al descubierto algunos temas de vital importancia que, ante la carencia de una directriz clara, puede resultar en el actuar doloso de alguna de las partes.

Al respecto, no encontramos solución normativa que dirimiera si es posible reanudar los efectos de un seguro que cesaron por la falta de pago de la prima, y, de ser el caso, a partir de cuándo comienza a tener efectos la obligación del asegurador a recibir el pago de la prima aunque ésta sea extemporánea, si hay algún mecanismo al que deba sujetarse la empresa para evitar que por la operación del ramo se reciba una prima y por ello se dé por hecho que el seguro sigue surtiendo efectos sin mediar más nada, ya que, precisamente ante esta omisión que reviste más de una arista, quedan dudas que podrían permitir la comisión de un fraude contractual, como el derivado de la

agravación del riesgo que establece que es obligación del asegurado avisar a la aseguradora durante la vigencia del seguro.

Sin embargo, si la prima es extemporánea y no se sabe si al pago de la misma los efectos serán retroactivos, ¿en qué momento nace entonces la obligación del asegurado y posterior acción de la aseguradora?

## CONCLUSIONES

Derivado del estudio realizado en este trabajo de investigación para obtener el grado de licenciada en Derecho, ha quedado debidamente fundamentado y comprobado el grado de importancia inherente a la Buena fe entre las partes en cualquier contrato, pero sobre todo, en el que nos ocupa: el contrato de seguro, que tiene un carácter preponderante en todos los sujetos involucrados en él.

Para llevar a cabo el principio de Buena fe con lógica jurídica, mercantil y humana, es indispensable crear mecanismos legales suficientes y respetuosos de los derechos humanos que permitan a las partes establecer una relación contractual equitativa y coherente. En este orden de ideas se proponen algunas prácticas que deberían ser adoptadas en el sector, considerándolo como un todo, es decir: Estado (por medio de sus organismos de vigilancia), aseguradoras, agentes, asegurados, tomadores y contratantes.

Las “buenas prácticas” a las que se hace referencia deberían ser llevadas a cabo de manera cotidiana y estar acompañadas de la normatividad respectiva.

Estos puntos deben atenderse con urgencia, proponiendo que para tal efecto se realicen los estudios necesarios que incluyan no sólo datos jurídicos como los aquí expuestos, sino que, en atención a la materia multidisciplinaria que reviste a los seguros, se entregue durante la Convención de Aseguradores 2017, convocada por AMIS (Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros), una investigación con los elementos actuariales, administrativos, normativos y de proceso a las instancias legales correspondientes, ya que durante la celebración del referido evento que tiene como propósito “generar propuestas de valor para el desarrollo del mercado de seguros, difundir las mejores prácticas nacionales e internacionales y analizar las nuevas tendencias en nuestra industria”,<sup>51</sup> se perfila como el momento idóneo para que el sector, como un conjunto con problemáticas parecidas que afectan a todos y cada una de las Asociadas y siendo uno de los pilares fundamentales de la vida

---

<sup>51</sup> <http://www.convencionaseguradores.com.mx/>

económica sana de un país, impelen a la administración pública central (SHCP, por conducto de la CNSF) y al poder legislativo para que se normen estos vacíos encontrados en la ley, así como, en conjunto, crear, con apoyo en la normativa ya existente, las modificaciones necesarias que permitan la debida protección de todos los involucrados en el contrato de seguro, privilegiando siempre la equidad de las partes, la transparencia y el principio *pro debilis*.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALERT IMPLEMENTATION REVIEW, Asociación Mexicana de Instituciones de Seguro.
- BARBERO, Domenico, *Sistema del Derecho Privado*, trad. de Santiago Sentís Melendo, Buenos Aires, Ediciones Jurídicas Europa-América, 1967, t. IV, Contratos.
- BATALLER GRAU, Juan, *El deber de declaración del riesgo en el contrato de seguro*, Madrid, Editorial Tecnos SA, Colección Jurisprudencia Práctica, 1997
- BLANCO GIRALINDO, Fernando Luis, *La ley de contrato de seguro en la jurisprudencia y en la doctrina judicial*, Madrid, Editorial Dykinson, S.L., 1999, p. 3.
- BEJARANO SÁNCHEZ, Manuel, *Obligaciones civiles*, Harper & Row Latinoamérica, México, 1984.
- CASTRILLÓN Y LUNA, Víctor M., *Tratado de Derecho Mercantil*, México, Porrúa, 2008.
- CICERON, Zimmermann Reinhard, *Good Faith in European Contract Law*, United Kingdom, Cambridge University Press, 2000.
- DÍAZ BRAVO, Arturo, *Contratos mercantiles*, México, Iure Editores, 2003.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN
- DIGESTA, *Cuerpo del Derecho Civil Romano*, trad. de Justiniano García del Corral Ildefonso (comp.), Instituta-Digesta, t. I, primera, segunda y tercera partes.
- DURÁN, José Luis Andrade, *Diccionario de seguros y fianzas*, México, Ediciones Comerciales, 2004.
- ESCRICHE, Joaquín, *Diccionario razonado de legislación y jurisprudencia*, París, Editorial Librería de Rosa, Bouret y Cía, 1851.
- FENET, *Code civil suivi l'exposition de motifs de l'article presente pour les*

- orateurs du gouvernement*, Paris, 1820, t.II.
- GALINDO GARFIAS, Ignacio, *Teoría general de los contratos*, México, Porrúa, 1996.
- HALPERIN, Isaac, *Contrato de Seguro*, 2a ed., Buenos Aires, Ediciones Depalma, 1966.
- MARTÍNEZ GIL, José de Jesús, *Manual teórico y práctico de seguros*, 3ª ed., México, Porrúa, 1995.
- La buena fe en los seguros privados*, México, Porrúa, 2004.
- MIGUEL SOTO, Héctor, *Intermediación en el contrato de seguro. Régimen jurídico de los productores asesores*, Buenos Aires, La Ley, 2000.
- MUÑOZ, Luis, *Doctrina general del contrato*, Cárdenas Editor y Distribuidor, 1992.
- ROBLES FARÍAS, Diego, *Teoría general de las obligaciones*, México, Editorial Oxford, 2011.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Joaquín, *Curso de Derecho Mercantil*, 24ª ed., México, Porrúa, 1999.
- ROJINA VILLEGAS, Rafael, *Teoría general de las obligaciones o derechos de crédito*, México, Ediciones Encuadernables, 1943.
- Compendio de Derecho Civil III, Teoría general de las obligaciones*, 11ª ed., México, Porrúa, 1982.
- SÁNCHEZ CALERO, Fernando, *Instituciones de Derecho Mercantil*, 33ª ed., México, Editorial Arazandi, 2010.
- SÁNCHEZ FLORES, Octavio Guillermo de Jesús, *El contrato de seguro privado*, México, Porrúa, 2000.
- VÁSQUEZ MERCADO, Oscar, *Contratos mercantiles*, 7a ed., México, Porrúa, 2003.

Páginas electrónicas

BACA VILLAREAL, Ma. del Carmen, "Requisitos del objeto en el acto jurídico y las consecuencias de su inobservancia", Biblioteca Jurídica Virtual, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM,  
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/175/dtr/dtr1.pdf>  
*f p. 22.*

CONDICIONES GENERALES GASTOS MÉDICOS MAYORES HM90

[https://axa.mx/documents/20241/374253/CG+Salud\\_AI-317\\_Hermosillo+90.pdf/9fd557b4-1dcc-4ca2-86e6-7f0f7fa2a9e5](https://axa.mx/documents/20241/374253/CG+Salud_AI-317_Hermosillo+90.pdf/9fd557b4-1dcc-4ca2-86e6-7f0f7fa2a9e5)

CONDUSEF, *Información general sobre seguro de vida;*

<http://www.condusef.gob.mx/index.php/instituciones-financieras/aseguradoras/seguro-de-vida/453-seguro-de-vida>

GNP, "Condiciones Generales. Responsabilidad Civil Agentes"

<https://www.gnp.com.mx/wps/wcm/connect/f700a654-6803-43a7-a8a7-f82c771e4c43/RC+Agentes+y+Agencias.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=f700a654-6803-43a7-a8a7-f82c771e4c43>

INEGI, "Principales resultados del Censo de población y vivienda 2010,

[http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/ce nsos/poblacion/2010/princi\\_result/cpv2010\\_principales\\_resultadosVI.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/ce nsos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosVI.pdf)

ROJAS AMANDI, Víctor Manuel, *El Perfeccionamiento del consentimiento en la contratación electrónica*, Biblioteca Jurídica Virtual, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/249/art/art14.pdf>

<http://www.amis.com.mx/amis/comites.html>

<http://razon.com.mx/spip.php?article293168>

<https://msdn.microsoft.com/es-es/library/ms174949.aspx>

<http://www.cnsf.gob.mx/SancionesImpuestas/Paginas/Agentes.aspx>

<http://www.convencionaseguradores.com.mx/>

## Legislación

- Ley Sobre el Contrato de Seguro
- Código Civil Federal
- Código de Comercio
- Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas
- Ley Federal del Trabajo
- Reglamento de Asesores de Seguros y Fianzas
- Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades