

279
Lij



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ACATLAN**

**NATURALEZA JURIDICA DE LA PRESTACION DE LA
ASEGURADORA EN EL SEGURO DE VIDA.**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN DERECHO

P R E S E N T A :

HUGO MAURICIO PERERA MIRANDA

ASESOR: LIC. ALICIA DUEÑAS GARCES



**ACATLAN MEXICO
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1997.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MI MADRE

LA PERSONA MAS IMPORTANTE EN MI VIDA, QUE SIEMPRE ESTA CONMIGO APOYANDOME E IMPULSANDOME A SER CADA DIA MEJOR, POR LO QUE JUNTOS HEMOS LUCHADO Y PADECIDO, POR LOS EXITOS OBTENIDOS Y LOS QUE COMPARTIREMOS, A TI QUE TE DEBO TODO LO QUE SOY Y QUE ME HAS DADO TANTO, PRINCIPALMENTE LA OPORTUNIDAD DE CONOCER EL MUNDO. GRACIAS.

A LA MEMORIA DE MAMA LINDO. FIGURA
FAMILIAR EJEMPLAR: HOY COMPARTO
CONTIGO ESTE SUEÑO. ALGUN DIA
OTRO MAS.

A MI PADRE. POR QUE SIEMPRE ESTARAS
CONMIGO.

A YESSI. POR EL INMENSO Y DESIN-
TERESADO APOYO QUE SIEMPRE HE
RECIBIDO DE TI. POR TU CARIÑO Y
AFECTO QUE SIEMPRE CORRESPONDERE.

A RAY, QUE SIEMPRE ESTAS A MI LADO.
ESPERANDO QUE ALGUN DIA NOS DES MAS
ALEGRIAS Y LA OPORTUNIDAD DE COM-
PARTIR TODOS TUS SUEÑOS.

UN AFECTUOSO AGRADECIMIENTO Y TODO
MI RECONOCIMIENTO A LA LIC. ALI-
CIA DUEÑAS, POR SU GENTILEZA,
EMPEÑO Y DEDICACION EN LA DIREC-
CION DE ESTE TRABAJO.

A MIS AMIGOS, COMPAÑEROS Y TODAS
AQUELLAS PERSONAS QUE SIEMPRE HAN
ESTADO CERCA DE MI, PROPORCIONANDO-
ME SU APOYO Y COMPRESION.

PERSEVERA EN TU EMPEÑO Y HALLARAS LO QUE
BUSCAS. PROSIGUE TU CAMINO SIN DESVIARTE Y
ALCANZARAS TU META.

PENSAMIENTO BUDISTA.

**NATURALEZA JURIDICA DE LA PRESTACION DE LA
ASEGURADORA EN EL SEGURO DE VIDA**

II

NATURALEZA JURIDICA DE LA PRESTACION DE LA ASEGURADORA EN EL SEGURO DE VIDA

INDICE

| | |
|--------------------|-----|
| INTRODUCCION | VII |
|--------------------|-----|

CAPITULO PRIMERO EVOLUCION HISTORICA DEL SEGURO

| | |
|--|----|
| I. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SEGURO | |
| 1) SEGUROS MARITIMOS | 8 |
| 2) SEGUROS TERRESTRES | 9 |
| 3) SEGUROS SOBRE LAS PERSONAS | 10 |
| 4) SEGUROS DE RESPONSABILIDADES | 12 |
| II. ANTECEDENTES DEL SEGURO EN MEXICO | |
| 1) ALGUNOS ANTECEDENTES DE LA REGULACION DEL DEL SEGURO EN MEXICO | 13 |
| 2) LEY SOBRE COMPANIAS DE SEGUROS | 16 |
| 3) LEY SOBRE COMPANIAS DE SEGUROS DE VIDA | 18 |
| 4) LEY GENERAL DE SOCIEDADES DE SEGUROS | 23 |
| 5) LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO | 26 |
| 6) LEY GENERAL DE INSTITUCIONES DE SEGUROS | 29 |
| A) REFORMA DE 1981 | 30 |
| 7) LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS | 34 |
| A) REFORMA DE 1990 | 34 |
| B) REFORMA DE 1993 | 38 |
| C) REFORMA DE 1995 | 41 |
| D) REFORMA DE 1996 | 43 |
| E) REFORMA DE 1997 | 46 |
| F) REFORMA MAYO 1997 | 52 |
| 8) REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO | 53 |

CAPITULO SEGUNDO

EL CONTRATO DE SEGURO

| | | |
|--|--|----|
| I. CONCEPTO DE SEGURO | | |
| 1) | CONCEPTO ETIMOLOGICO DE LA PALABRA SEGURO | 60 |
| 2) | CONCEPTO DOCTRINAL DEL TERMINO SEGURO | 60 |
| 3) | CONCEPTO JURIDICO DEL SEGURO | 62 |
| II. MARCO LEGAL VIGENTE | | |
| 1) | MERCANTILIDAD DEL SEGURO | 63 |
| 2) | LA SUPERVISION DE LA OPERACION DE SEGURO | 64 |
| | A) INSPECCION | 66 |
| | B) VIGILANCIA | 67 |
| | C) CONTABILIDAD | 68 |
| 3) | AUTORIZACION PARA REALIZAR OPERACIONES ACTIVAS DE SEGUROS | 68 |
| 4) | REQUISITOS LEGALES PARA LA CONSTITUCION DE LA ASEGURADORA | 70 |
| 5) | REQUISITOS DE CAPITAL SOCIAL Y RESERVAS CON CARGO AL CAPITAL | 73 |
| 6) | CONTROL DE TARIFAS POR PARTE DE LA AUTORIDAD SUPERVISORA | 77 |
| III. ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO | | |
| 1) | ELEMENTOS PERSONALES | 79 |
| | A) ASEGURADORA | 79 |
| | B) TOMADOR O CONTRATANTE | 80 |
| | C) ASEGURANTE | 81 |
| | D) BENEFICIARIO | 82 |
| 2) | ELEMENTOS DE EXISTENCIA | 82 |
| | A) EL RIESGO | 83 |
| | B) BUENA FE | 83 |
| 3) | ELEMENTOS OBJETIVOS DEL CONTRATO | 83 |
| 4) | OBJETO DEL CONTRATO | 84 |
| | A) INTERES ASEGURABLE | 84 |
| | B) PRINCIPIO INDEMNIZATORIO | 85 |
| IV. CELEBRACION DEL CONTRATO | | |
| 1) | LA OFERTA | 86 |
| 2) | DOCUMENTACION "EL FORMULARIO" | 87 |
| 3) | ACEPTACION DE LA OFERTA. CONSENSUALIDAD | 88 |
| 4) | LA POLIZA. SU NATURALEZA | 90 |
| V. LA PRIMA | | |
| 1) | CONCEPTO | 92 |
| 2) | LA PRIMA COMO OBLIGACION | 92 |
| 3) | PAGO DE LA PRIMA | 93 |
| 4) | INCUMPLIMIENTO DEL PAGO | 95 |

| | |
|---|-----|
| VI. EL RIESGO Y EL INTERES ASEGURABLE | |
| 1) EL RIESGO | 97 |
| A) RIESGO OBJETIVO | 98 |
| B) RIESGO SUBJETIVO | 98 |
| 2) MODIFICACION DEL RIESGO | 99 |
| A) DESAPARICION | 99 |
| B) AGRAVACION | 99 |
| 3) INTERES ASEGURABLE | 100 |
| A) ELEMENTOS DEL INTERES | 101 |
| B) SU CARACTER INDEMNIZATORIO | 102 |
| VII. EL SINIESTRO. LA ASUNCION DEL RIESGO POR LA ASEGURADORA | |
| 1) CONCEPTO | 105 |
| 2) SALVAMENTO | 105 |
| 3) SUBROGACION | 107 |
| 4) REASEGURO | 109 |
| 5) COASEGURO | 111 |
| VIII. OBLIGACIONES DE LAS PARTES | |
| 1) PRINCIPALES OBLIGACIONES DEL TOMADOR O ASEGURANTE | 113 |
| 2) OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA | 114 |
| 3) CARACTERISTICAS DEL CONTRATO DE SEGURO | 115 |

CAPITULO TERCERO

EL SEGURO DE VIDA

| | |
|--|-----|
| I. EL SEGURO SOBRE LAS PERSONAS | |
| 1) EL ARTICULO 1 DE LA LEY DEL CONTRATO DE SEGURO | 121 |
| 2) EL ARTICULO 151 DE LA LEY DEL CONTRATO DE SEGURO | 122 |
| 3) EL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES | 123 |
| 4) EL SEGURO DE ENFERMEDADES | 127 |
| II. EL SEGURO DE VIDA. LA PRIMA Y LA COBERTURA | |
| 1) CONCEPTO DE SEGURO DE VIDA | 132 |
| 2) FORMA DE REGULACION | 132 |
| 3) EL ASEGURANTE EN RELACION CON LA COBERTURA | 133 |
| 4) DETERMINACION DE LA PRIMA EN EL SEGURO DE VIDA | 138 |
| 5) EL ASEGURANTE Y LA PRIMA | 139 |
| III. EL RIESGO Y EL INTERES ASEGURABLE EN EL SEGURO DE VIDA | |
| 1) EL RIESGO EN EL SEGURO DE VIDA | 141 |
| A) RIESGO DE MUERTE | 146 |
| B) RIESGO DE VIDA O SUPERVIVENCIA | 146 |
| C) RIESGO MIXTO | 147 |
| 2) EL INTERES ASEGURABLE EN EL SEGURO DE VIDA | 148 |

| | |
|--|-----|
| IV. EL BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA | |
| 1) CONCEPTO | 155 |
| 2) DESIGNACION | 156 |
| 3) QUIENES PUEDEN SER BENEFICIARIOS | 161 |
| 4) REVOCACION DEL BENEFICIARIO | 164 |
| V. FINALIDAD JURIDICO SOCIAL DEL SEGURO DE VIDA | |
| 1) FINALIDAD JURIDICO SOCIAL DEL SEGURO DE VIDA | 168 |

CAPITULO CUARTO

NATURALEZA JURIDICA DE LA PRESTACION DE LA ASEGURADORA EN EL SEGURO DE VIDA

| | |
|---|-----|
| I. EL SINIESTRO EN EL SEGURO DE VIDA | |
| 1) LA REALIZACION DEL RIESGO | 174 |
| 2) EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO POR LA ASEGURADORA | 175 |
| 3) DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO | 176 |
| II. LA INDEMNIZACION Y EL DAÑO EN EL SEGURO DE VIDA | |
| 1) EL DAÑO EN EL SEGURO DE VIDA | 179 |
| 2) EL DAÑO MORAL | 182 |
| 3) LA INDEMNIZACION | 185 |
| 4) EL BENEFICIARIO, LA PRESTACION Y EL DAÑO | 188 |
| III. NATURALEZA JURIDICA DE LA PRESTACION DE LA ASEGURADORA EN EL SEGURO DE VIDA | |
| 1) LA PRESTACION COMO GARANTIA | 195 |
| 2) LA PRESTACION COMO PREVISION | 197 |
| 3) LA PRESTACION COMO BENEFICIO | 202 |
| IV. PROPUESTA DEL SUSTENTANTE | 204 |
| | |
| CONCLUSIONES | 213 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | 220 |
| | |
| LEGISLACION | 226 |

INTRODUCCION

Todos estamos expuestos a constantes riesgos, lo que nos produce preocupación y la necesidad de protección, la cual se logra cubrir con el seguro, mismo que resulta ser una figura muy compleja y dinámica, cuyo estudio puede resultar apasionado.

La operación del seguro está sujeta a leyes y regulaciones prácticamente en todos los países. En la medida en que se estima que la actividad está vinculada al interés público, se le sujeta a un control estatal, en virtud de que cumple con la importante función de dar tranquilidad al asegurado en cuanto siente que se eliminan los efectos del riesgo, pues éstos son asumidos por la aseguradora, además de que logra la captación de recursos a través de las primas, las que es posible invertir creando fuentes de riqueza nacional (ahorro nacional).

Para el estudio de cualquier figura jurídica es importante y sobre todo muy interesante remitirse a los antecedentes de la misma; al respecto, el presente trabajo detalla las diferentes etapas por las que ha pasado la regulación de la actividad aseguradora observando la forma específica que adopta el marco legal, vigente en su momento, para regular diferentes aspectos del seguro en atención a los cuales se ha desarrollado su actividad; tal es el caso de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

No se debe dejar de lado que el seguro visto como contrato jurídico, se ha ido perfeccionando de conformidad con los principios jurídicos de cada legislación; en nuestro caso la Ley Sobre el Contrato de Seguro es la encargada de regular todo lo concerniente a la celebración del seguro, así como

VIII

prever las consecuencias jurídicas que su celebración acarrea, incluyendo las obligaciones y derechos que cada parte asumirá, motivo por el que se incluye un apartado dedicado al análisis de los elementos del seguro como contrato jurídico.

El riesgo, uno de los elementos esenciales de existencia del seguro, ha evolucionado considerablemente, presentando en la actualidad una tendencia hacia los valores de rango supremo, entre los que se consideran la existencia, la integridad y la salud humanas.

El propio seguro ha sufrido también una evolución, misma que le permite dar satisfacción a las cambiantes necesidades del ser humano, situación que la propia legislación ha atendido, pues dentro de la regulación correspondiente a los seguros, se contemplan apartados dedicados exclusivamente a regular el seguro relativo a las personas, apartado en el que se ubica el seguro de vida, uno de los ramos más importantes.

En el caso del seguro de vida, aún existe cierta polémica, en virtud de que el mismo gira en torno a una serie de valores incuantificables económicamente, lo que no significa que se les mantenga al margen, por el contrario, estamos en presencia de valores a los que se les otorga especial consideración, aun cuando no se pueda determinar su valor monetario.

A raíz de esta polémica, han surgido varias corrientes que intentan construir un concepto unitario de la figura, pretendiendo encontrar en todo seguro, ciertos elementos constantes. Siendo ésta una cuestión sumamente interesante, este trabajo se ha dado a la tarea de analizar la estructura del seguro de vida, con el fin de identificar y en su caso desechar aquellos elementos no constantes.

CAPITULO

PRIMERO

EVOLUCION HISTORICA DEL SEGURO

CAPITULO PRIMERO

EVOLUCION HISTORICA DEL SEGURO

Es común escuchar que los dos grandes pilares de la industria y el comercio son el crédito y el seguro.

Un indicador de la importancia económica del seguro nos lo revela el riesgo, pues de no existir éste no habría razón del seguro, pues este último es producto del riesgo.

Ahora bien, todo riesgo produce preocupación, por lo que se busca la seguridad ante el riesgo, es decir, hay una necesidad de protección, de previsión, la cual se logra cubrir con el seguro. Por tal motivo, es congruente que este contrato reclame para sí una reglamentación tan amplia y detallada.

Al efecto, la operación del Seguro está sujeta a leyes y regulaciones prácticamente en todos los países. En la medida en que se estima que la actividad está vinculada al interés público, se le sujeta, al igual que a la Banca y a otros servicios financieros, a un control estatal. En el caso mexicano que nos ocupa, se observa una regulación estricta, puesto que los objetivos del sector tienen un importante contenido social.

Tenemos así que el seguro cumple con la importante función de dar tranquilidad al asegurado en cuanto siente que se eliminan los efectos del riesgo, los cuales asumirá la aseguradora. Además cumple una función social doble, pues además de formar en la sociedad la conciencia de solidaridad, previsión y protección contra los acontecimientos futuros, logra la captación de recursos a través de las primas, las cuales es posible invertir creando fuentes de riqueza nacional.

En este capítulo se presenta una reseña, a manera de antecedente, de las diferentes etapas por las que ha pasado la regulación de la actividad aseguradora. En el caso del contrato de seguro de vida en México, se detalla la forma específica que adopta el marco legal vigente en su momento, para regular diferentes aspectos del seguro, en atención a los cuales se desarrolla la labor supervisora. Para simplificar el análisis se agrupa la regulación en temas que resumen los aspectos regulatorios más importantes.

I. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL SEGURO

Por lo que respecta al origen del contrato de seguro, no se encuentra unanimidad sobre el mismo. Algunos citan que el seguro no fue conocido por el Derecho Antiguo, sino que tiene sus inicios en el Derecho Romano, bajo la forma de las *fidejussio indemnitis*, un tipo de "fianza" romana (contrato verbal) que extendió el beneficio de la división, con la peculiaridad de dividir la responsabilidad únicamente entre los "cofiadores" solventes; y el *nauticum faenus*, una estipulación de intereses, préstamo por el cual el deudor se obligaba a reembolsar el dinero, si el barco o la mercancía en que lo había invertido regresaba, indemne, de algún viaje⁽¹⁾.

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

Es sabido que las *Leyes de Rodas* fueron la base del Derecho Mercantil de Atenas, de lo cual podemos hacer notar que dentro de las leyes atenienses del derecho marítimo existía una figura relacionada con las obligaciones de los cargadores, que estipulaba las obligaciones recíprocas contraídas por éstos para contribuir a la indemnización de los daños graves causados en perjuicio común, en caso de tempestad o de rescate del buque apresado por enemigos y piratas.

1. Ver Floris Margadani S. Guillermo, El Derecho Privado Romano. México, Edfinge, 1991, pág. 387 y sigs.

Al respecto se tienen vestigios de un documento de 1347, escrito originalmente en latín bárbaro, y que expresa:

"En nombre del Señor, así sea.

"Yo Giorgio Lecavello, ciudadano genovés, declaro a tí, Bartolomeo Basso, que recibo de tí, a título de préstamo gratuito, 107 liras de "Genovini" y te prometo con solemne contrato que devolveré estas 107 liras dentro del término de seis meses si tu "cocca" llamada "santa clara" ya lista para salir desde el puerto de Génova, saldrá y navegará con viaje regular hacia el puerto de Mayorca, atracando allí sana y salva.

"En tal caso, el presente contrato será considerado nulo y como no hecho. Si esto no ocurriere, prometo pagarte, como castigo, el doble de dicha cantidad bajo pena de hipoteca y vínculo de todos mis bienes y de todos mis créditos.

"Hecho en Génova, en Banchi, en un pieza de la casa de los hermanos Carlo y Bonifacio Usodimare en el año del señor 1347, el 27 de octubre al atardecer."¹²⁾

Es interesante hacer notar que en dicho documento no se habla de "prima", ni se menciona el aseguramiento contra riesgos de la navegación, pues las leyes dogales (el Doge era el príncipe de la República de Génova) prohibían la estipulación de contratos de seguros, no obstante lo anterior, en el citado documento se resalta el espíritu asegurativo.

2. Minzoni Consorti Antonio, Crónica de 200 años del seguro en México. México, CNSyF, 1994, pág. 12.

Como se puede apreciar, en ese entonces ya se contemplaba la presencia de uno de los elementos constantes del seguro de daños, la indemnización, quizá no con las características que actualmente posee pero sí con la misma finalidad; se puede apreciar una especie de mutualidad de asegurantes como medio para hacer frente a determinados riesgos así como para cubrir los gastos que por tal motivo se generasen.

Después de la caída del imperio romano aparecen las "Guildas Medioevales" bajo la forma de instituciones de asistencia, mismas que se caracterizaban porque las primas no se cubrían en proporción con las prestaciones otorgadas. Los germanos también tuvieron organizaciones similares que disponían de fondos para financiar sepelios, ciertas ceremonias paganas, etc.

"Estas manifestaciones se relacionaban más con un concepto de ayuda mutua que con el contrato de seguro, tal como se le entiende jurídicamente en nuestros días. Los estudiosos del tema están de acuerdo en que recién al finalizar la Edad Media comenzaron a formalizarse, en algunas ciudades de España y de Italia, contratos de seguros muy similares a los actuales."⁽³⁾

En su mayoría opinan que el riesgo había servido para fijar la naturaleza de ciertos convenios jurídicos desde épocas muy remotas, pero que en realidad el seguro, con sus formas propias y su carácter especial, apareció en las prácticas y costumbres del comercio del siglo XIII, inicialmente para los riesgos de la navegación. Lo anterior obedece principalmente al desarrollo del comercio como actividad preponderante de la época, mismo que se servía en mucho de la navegación, de aquí que en el comercio marítimo se tengan los primeros antecedentes del seguro, basados en la asunción del riesgo.

3. *Itzigsohn de Fischman María, Enciclopedia Jurídica Omeba. Buenos Aires, Bibliográfica Argentina, Tomo XXV, pp. 321.*

En virtud de que los primeros documentos que se conocen en relación al seguro son italianos y españoles, tanto Italia como España, figuraban a la cabeza entre los primeros países que regularon los seguros durante los siglos XV y XVI. En el siglo XVII Holanda y Francia se ponen al frente en la legislación del seguro, dejando tal sitio, en el siglo XVII a Inglaterra, y en el XIX, a Alemania.

A) SEGURO MARITIMO

El seguro marítimo, "el gran seguro", calificado así por la influencia que adquirió dentro del desarrollo del comercio internacional, nació de hecho en la práctica común del comercio de la época, y se mantuvo hasta llegar a ser reconocido en la legislación.

Como se citó anteriormente, el seguro marítimo -aun sin contar con reglamentación- fue la primera actividad en la que se desarrolló el seguro y el documento histórico que puede considerarse como la primera póliza de seguro marítimo, lleva fecha del 23 de octubre de 1347, descubrimiento que se debe a Enrico Bensa.⁽⁴⁾

Según antecedentes históricos, este tipo de seguro surgió como consecuencia de la prohibición del Derecho Canónico del préstamo a la gruesa, a principios del XIII, basado en consideraciones del Papa Gregorio IX, realizadas en 1234 en las que consideraba dicho préstamo como un acto de usura. Para hacer frente a esto, se dispuso el desembolso inmediato de una cantidad

4. Ver Minzoni Consorzi, Op. Cit., pág. 12 y sigs.

en concepto de indemnización al propietario del buque por los daños que en un momento dado pudiera sufrir.

Al respecto cabe mencionar que el primer instrumento jurídico que reguló la actividad aseguradora, y particularmente la marítima, fue la *Ordenanza de Barcelona* de 1345 "dedicada a extirpar fraudes, daños, discusiones y debates que podían tener lugar en dicha ciudad, en ocasión de los seguros sobre buques, mercancías, efectos y bienes y también en beneficio de los asegurados y aseguradores".⁽⁵⁾

Se tienen datos de que el primer verdadero contrato de seguro procede del año de 1343, conservándose acta en el Archivo Notarial Genovés, siendo hasta el siglo XIV en que los documentos notariales fueron sustituidos por otros denominados *pólizas*.⁽⁶⁾

B) SEGUROS TERRESTRES

El surgimiento de los seguros terrestres fue muy posterior, ya que su constitución exigía una situación tranquila, civilización avanzada, relaciones numerosas y cordiales entre los particulares y respeto a la propiedad, entre otros.

Parece un hecho averiguado que los seguros terrestres inician su existencia en la segunda mitad del siglo XVII, en Inglaterra, debido al impulso que les dio el incendio de Londres en 1666, convirtiéndose Inglaterra en la

5. *Minzoni Consorti, Op. Cit.,* pág. 13.

6. *Cfr. Itzigsohn, Op. Cit.,* pp 322.

cuna de la primera compañía que protegía a los inmuebles del peligro del fuego.⁽⁷⁾

En Francia el seguro contra incendio se conoce desde comienzos del siglo XVIII. y fue aplicado por las Casas de Socorros Mutuos, conocidas con el nombre de *Bureau des Incendies*, a comienzos del año de 1700.

No obstante la aplicación de este tipo de seguro, así como del seguro contra riesgos de transporte, los mismos no tenían base jurídica, pues fueron regulados en forma concreta hasta 1829, en el Código Español.

C) SEGUROS SOBRE LAS PERSONAS

Los seguros sobre las personas, en principal el seguro de vida, tuvieron su origen en las antiguas hermandades, en los *clubs fúnebres* y en los gremios, partiendo de la base de la ayuda por socorros mutuos.

Hay pruebas de que el seguro de vida ya existía en el siglo XV, pues en archivos de Florencia y Génova, se hallaron documentos que hacen referencia a contratos basados en los riesgos de muerte de las personas, en los cuales una persona se comprometía a pagar a otra, mediante una retribución, en caso de muerte de una persona determinada.

La primera póliza concreta de seguro de vida que se tiene conocimiento, data del año de 1583 y se formalizó en Inglaterra, funcionando este seguro

7. *Idem.*

bajo el nombre de *Casualty Insurance*, destinado principalmente a rescatar a los que hubiesen caído prisioneros.

Pero muy pronto su práctica fue prohibida por considerarla equivalente a un juego de azar o como posible invitación a provocar la muerte del asegurado. En el "Guidón del Mar", un Código de Comercio promulgado en Rouen en el siglo XV se dispone: "Otras naciones permiten una especie de seguros sobre la vida de los hombres, por los que herederos o acreedores del asegurado adquieren el derecho a percibir una determinada suma en caso de que fallezca durante un viaje, etcétera. Pues bien, todas estas especulaciones quedan prohibidas por ser contrarias a la moral y las buenas costumbres".(6)

En el siglo XVII aparecen en Francia las *tontinas*, creadas por Lorenzo Tonti, que consisten en la reunión de personas que crean un fondo que en determinada época se repartía, con los intereses, entre los supervivientes. Como consecuencia, esta institución llegó a tener bastante desarrollo, perjudicando el desenvolvimiento del seguro de vida.

El seguro de vida con bases matemáticas y en cierta medida científicas, se consolidó a finales del siglo XVIII, gracias a los trabajos de Halley, Price y Morgan, permitiendo realizar un cálculo más aproximado de riesgos y primas.

8. Citado por Cortés Jiménez, Eduardo, Enciclopedia Jurídica Omeba, pp. 378 y sigs.

D) SEGURO DE RESPONSABILIDADES

El seguro de responsabilidad civil tiene su origen en el resarcimiento del abordaje contemplado en el seguro marítimo.

En un comienzo su aplicación se vio obstaculizada por el principio de que *no hay responsabilidad sin culpa*. Los primeros contratos se celebraron en Francia a comienzos del siglo XIX, en relación a los transportes realizados por caballos, pero su desarrollo más efectivo se concretó con la aplicación de los seguros en los accidentes en la industria y el transporte ferroviario.

En el siglo XIX es cuando se constituyen las grandes aseguradoras. En Sudamérica aparecen al finalizar este siglo. Desaparecen los aseguradores particulares, y las sociedades de seguros mutuos se transforman en anónimas.

En México el contrato de seguro alcanzó notable importancia a fines del siglo XIX, una vez lograda la pacificación del país, de ahí que la primera ley de la materia sea de esa época: la Ley sobre Compañías de Seguros del 16 de diciembre de 1892. No obstante el seguro podía celebrarse libremente por los particulares, ya que su configuración como contrato de empresa se consagró en la Ley General de Sociedades de Seguros de 1926.⁽⁹⁾

9. Díaz Bravo Aruro, en *Diccionario Jurídico Mexicano*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 1992, pp. 2887.

II. ANTECEDENTES DE LAS FORMAS DE REGULACION

En las diferentes leyes que han regulado el sector asegurador se han manifestado distintas tendencias. En ellas se observan diversas actitudes, entre otras las relativas a la forma de asegurar, la solvencia de las compañías que participan en el sector, así como el papel que se les permite jugar a las aseguradoras extranjeras. En esta parte se hará una breve síntesis de los ordenamientos más relevantes vinculados con la regulación del seguro en México.

1) ALGUNOS ANTECEDENTES DE LA REGULACION DEL SEGURO EN MEXICO

Para referirse a los antecedentes históricos del seguro es necesario investigar en documentos que permitan configurar un cuadro situacional. Sin embargo, la escasez de documentos relacionados con la actividad aseguradora en México, sólo permiten delinear un panorama, muy reducido, a partir del siglo XVIII.

Posterior a la expedición del primer documento jurídico que reguló la actividad aseguradora, la ya citada Ordenanza de Barcelona de 1345, siguieron una serie de estatutos y ordenanzas, entre las que figura la *Recopilación de Indias*, una especie de código redactado especialmente para la América española, y cuyo principal objeto era la regulación del derecho marítimo y mercante.

Pero en México antes del período colonial, ya se encontraban antecedentes del seguro, como en el caso de los mayas y los chichimecas, culturas de las cuales podemos destacar algunas figuras con cierto carácter de seguro.

Tratándose de usos comerciales, se tienen referencias de los mayas acerca de una figura que puede tener relación con lo que en la actualidad podemos llamar *seguro para garantizar el pago de una deuda*, sin embargo no hay vestigios documentales, toda vez que el Código Maya era de carácter oral, además de que el crédito descansaba en la buena fe de los contratantes.

Por su parte, en la cultura chichimeca se percibe la existencia de un seguro de vida, conocido como *previsión para el caso de muerte*, mismo que otorgaría el Rey Nezahualcoyotl principalmente a los guerreros inutilizados y los que sufrieron a causa de un servicio público, previendo incluso, extender dicho socorro a los familiares de los que hubieran perecido.⁽¹⁰⁾

Por otra parte, durante el período de dominación española, en la Nueva España se introdujo la legislación ibérica y en el caso del derecho mercantil se establecieron las *Ordenanzas del Consulado de la Universidad de los Mercaderes de la Nueva España*, las que disponían que la materia de seguros se regiría por las *Ordenanzas de Sevilla*, sin embargo, la reglamentación aplicable en México hasta el año de 1854 fueron las *Ordenanzas de Bilbao* (1725), que vinieron a ser el perfeccionamiento de la *Recopilación de Indias*, así como de la reglamentación de Felipe II (1536) acerca de "*Aseguradores, Riesgos y Seguros de la Carrera de las Indias*". Dichas Ordenanzas de Bilbao perdieron su vigencia al ser expedido el primer Código de Comercio en 1854, conocido como el *Código Lares*.

10. Véase Minzoni Consorri, *Op. Cit.*, pág. 13.

Como en muchos otros lugares, el seguro mexicano nació en el mar, principalmente en el Puerto de Veracruz, siendo en el año de 1789 cuando formalmente se constituyó la primer empresa aseguradora denominada *Compañía de Seguros de la Nueva España*, cuyo propósito era cubrir los riesgos de la Carrera de la Indias, como se les denominaba en España. Al parecer, de dicha institución no existen muchas evidencias, argumentándose que la misma fracasó, sin embargo, lo importante es que dio el primer paso para el establecimiento de otras empresas, así como el primer paso para el desarrollo de la actividad aseguradora en México.¹¹⁾

No obstante lo anterior, la actividad del seguro tuvo un ligero retroceso, debido a la situación política y social que vivió México, y no fue sino hasta el México independiente, precisamente el 16 de mayo de 1854, en que apareció el primer Código de Comercio de México (Código Lares, debido a la influencia del Ministro Teodosio Lares), el cual en su libro segundo "Del Comercio Terrestre", incluye una figura poco empleada: los seguros terrestres, la cual contemplaba el aseguramiento de los efectos por tierra, así como que el mismo debía reducirse a una póliza escrita que podría ser solemne otorgándose ante escribano o corredor, o privado, entre contratantes; al respecto cabe considerar que aún no se contemplaba la exigencia de realizar tales contratos sólo con empresas aseguradoras.¹²⁾

Por otra parte, el *Código de Comercio de 1884* ya prevé expresamente la naturaleza mercantil del seguro, exigiendo al efecto dos requisitos: que en calidad de asegurador intervenga un comerciante, o que una compañía comercial, entre los ramos de su giro, tenga el de seguros sobre riesgos a que estén expuestas las mercancías o negocios comerciales.

11. *Minzoni Consorti. Op. Cit.,* pág. 19.

12. *Ibidem* pág. 27 y 18.

Posteriormente, el nuevo *Código de Comercio de 1889* definió que bastaba que el asegurador fuera una empresa para considerar mercantil al contrato de seguro, sin embargo, los seguros sobre las personas tenían que ser invariablemente de naturaleza civil.

Es durante el gobierno de Porfirio Díaz que se promulgan las dos primeras leyes de seguros (1892 y 1910 respectivamente), buscando fortalecer la precaria economía del país, institucionalizando sus políticas y generando la infraestructura que transformara la economía de la nación, motivo por el cual se concedieron toda clase de facilidades y concesiones al capital extranjero.⁽¹³⁾

La primera reglamentación por la cual se establecen los lineamientos legales generales a las instituciones de seguros locales que operaban en el país, permitiendo el desarrollo del seguro, fue la Ley Sobre Compañías de Seguros de 1892, la cual se conoció también como la *Ley del Timbre*, pues las compañías que se dedicaban a operaciones de seguros, quedaron sujetas al Impuesto del Timbre de documentos y libros para la protocolización de los que debían registrarse.

2) LEY SOBRE COMPAÑÍAS DE SEGUROS

El 16 de diciembre de 1892 se expidió la primer ley para regular la actividad aseguradora en México, la LEY SOBRE COMPAÑÍAS DE SEGUROS. Según se desprende de la lectura de su exposición de motivos, el legislador enfrentaba dos opciones:

13. SHCP, *Legislación Sobre Seguros, 1958, Tomo I, México, pdg. 25.*

- I. Sujetar a la autorización del poder público la constitución de las sociedades que realizaran operaciones activas de seguros. Este enfoque las hubiese considerado como de carácter especial y por lo tanto, requería precauciones más estrictas en su administración.
- II. Aplicarles la ley común y permitirles libertad absoluta de organización, es decir, sin necesidad de supeditarse al arbitrio del poder público para obtener el permiso o concesión.⁽¹⁴⁾

El legislador en 1892 optó por el segundo sistema, como lo podemos observar en el artículo 2o. de la Ley Sobre las Compañías de Seguros:

"ARTICULO 2.- Las compañías de seguros de todas clases que se constituyan en la república, podrán comenzar sus operaciones luego que hayan justificado ante la Secretaría de Hacienda haber llenado los requisitos que exige el Código de Comercio, así como los contenidos en las prescripciones de esta ley."

De lo anterior podemos apreciar que la principal finalidad de esta ley consistió en permitir el desarrollo de la actividad aseguradora pero también en garantizar los intereses de los particulares, motivo por el cual se exigía de ciertas seguridades especiales.

Dentro de esas disposiciones de carácter precautorio, podemos citar el acreditar la personalidad legal frente a la Secretaría de Hacienda y constituir una garantía de cumplimiento (el monto de la garantía exigida a las instituciones extranjeras era el doble de las que se le pedía a las compañías mexicanas). El cumplimiento debería de garantizarse por medio de la adquisi-

14. Ver SHCP, Op. Cit., pág 25 y sigs.

ción de bienes inmuebles dentro del territorio nacional, o constituyendo un depósito en efectivo o en valores de deuda pública en la Tesorería de la Nación o en el Banco Nacional de México. Este depósito causaría un rendimiento del 5% cuando menos.⁽¹⁵⁾

Cabe hacer la aclaración que de conformidad con las reformas a dicha Ley, publicadas en el Diario Oficial de la Federación del día 12 de diciembre de 1894, la Secretaría de Hacienda quedó facultada para eximir a las compañías que pretendían hacer operaciones de seguros marítimos, de las formalidades exigidas que no fueran indispensables para garantizar el interés público.

Lo anterior se justifica toda vez que en esa época el desarrollo de la operación del seguro se vio opacado con el establecimiento de aseguradoras extranjeras, motivo por el cual se decidió apoyar a las aseguradoras nacionales, en este caso, a las dedicadas a los seguros marítimos.

3) LEY SOBRE COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE VIDA

El 25 de mayo de 1910, las Cámaras aprobaron la iniciativa de LEY SOBRE COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE VIDA, en la que se advierte un cambio importante en el enfoque que hasta ese momento se había dado a la regulación del sector asegurador. En la exposición de motivos de esta Ley, se destaca que el negocio de los seguros es uno de los ramos comerciales que con mayor rapidez se había desarrollado en la República. Las percepciones anuales de las compañías, según la propia exposición de motivos, eran de alrededor de \$9,300,000 de pesos de 1910, de los cuales el seguro de vida comprendía \$7,000,000. Se

15. Véase AMIS, Historia del Seguro en México 1900-1988, México, AMIS.

apuntaba en el texto de la exposición de motivos que la mayor parte de estos fondos, que cada vez más iban en ascenso, estaban en propiedad de compañías extranjeras y que éstas los mantenían invertidos con frecuencia, fuera del país.

Tomando en consideración que el contrato de seguro fue adquiriendo poco a poco carta de naturaleza en la sociedad mexicana, así como demostró ser la única forma de ahorro general, las operaciones de seguros eran una especulación que debía reposar sobre bases de carácter matemático, que no pudieran ser alteradas o violadas conduciendo así al fracaso.

Por lo anterior la Iniciativa de Ley apuntaba que *"la empresa de seguros que olvida los principios científicos en que se fundan las operaciones de esta índole, o que viola por mala fe o por ineptitud, no sólo está percibiendo del público un dinero que camina hacia un abismo sin fondo y que jamás producirá los resultados que de él se esperan, sino que engaña constantemente a la generalidad haciendo cada vez más grande el círculo de sus operaciones, y mayor, por consiguiente, el grado de su insolvencia. Justo parece entonces, que el Poder Público, que es el único que tiene elementos de información bastantes para conocer el manejo de las compañías y, acaso el único también que puede examinar este manejo con imparcialidad y con ilustración suficientes, no se cruce de brazos ni se niegue a poner sus aptitudes al servicio de la generalidad, sino que por el contrario, evite en su origen los males que pueden predecirse, desde el momento en que dejan de cumplirse los principios científicos de que se ha hecho referencia".*¹³⁴⁾

Considerando que el seguro de vida constituía una fórmula de ahorro importante y que una pérdida de estos fondos pudiera desalentar el ahorro y la previsión, se consideró prudente la participación activa del Estado en la

16. Véase AMIS, Op. Cit.

vigilancia de la administración y procedimiento de las compañías de seguros. Además de la participación activa en materia de supervisión, se consideró necesario sujetar la operación del seguro a una legislación especial. Lo anterior debido a que si bien la sociedad tiene un mismo interés, carece de organización de elementos para influir en el estricto desarrollo de los negocios de seguros, motivo por el cual el Estado pretendió, con la citada ley, suplir las deficiencias de organización y la falta de aptitudes de los asegurantes así como cuidar la prosperidad de las aseguradoras, pues se consideró que ello repercutiría en la prosperidad nacional.

Dentro de los cambios destacan ⁽¹⁷⁾:

- I. Se exige autorización expresa y exclusiva para la operación del Seguro de Vida.
- Se consideró primeramente que toda sociedad mercantil que decidiérase dedicarse a realizar operaciones de seguros debería contar con ciertos bienes materiales que respondieran a las obligaciones contraídas con los asegurantes desviando los fondos recaudados al realizar operaciones diferentes a las de seguros, por tal motivo se implementó el sistema de autorización expresa, a fin de que la autoridad pudiera constatar que dichas empresas exclusivamente realizarían alguna de las operaciones autorizadas, así como que contarían con el soporte económico para hacer frente a sus obligaciones, evitando con ello, los perjuicios que llegaban a sufrir los asegurantes que confiaban en dudosas empresas de seguros que carecían de amplios medios para operar como tales.

17. *Idem*.

- II. Se impone la obligación de constituirse como una sociedad anónima o como cooperativa.
- Lo anterior se impuso debido a consideraciones del Ejecutivo respecto a éstos dos tipos de sociedades mercantiles, considerándolas como las más idóneas para realizar operaciones de vida, así como aquellas que se organizan y funcionan de manera tal, que la vigilancia del Estado podía ejercerse más fácilmente, con lo cual quedaba expresamente prohibida la contratación de seguros con particulares de dudosa honestidad y capacidad financiera.
- III. Se exige a las compañías nacionales un capital pagado mínimo. A las extranjeras se consideró imposible señalarles un monto de capital pagado en atención a que nacen y se desarrollan al amparo de sus propias legislaciones. Sin embargo, se les pedía un depósito equivalente al triple del necesario para las compañías nacionales. Los depósitos se hacían en títulos productivos y se preveía que se devolvieran a las compañías una vez que estuviesen funcionando regularmente.
- Lo anterior, de acuerdo a la Exposición de Motivos de la Iniciativa de Ley, se introdujo debido a que en la legislación anterior no se encontraba prevista disposición alguna que obligara a las compañías de seguro a contar con un capital de "reserva" para hacer frente a obligaciones contraídas. La finalidad principal de esta exigencia va encaminada básicamente a proteger a los asegurantes, pues tomando en cuenta que las compañías extranjeras mantenían sus recursos invertidos en el extranjero y carecían de bienes en la República Mexicana, en un momento dado el asegurante se veía imposibilitado de hacer valer sus derechos, pues no encontraría bienes para trabar un posible embargo.

- Por otra parte, el Gobierno Federal se veía impedido para evitar la fuga de capitales que llevaban a cabo las empresas extranjeras, que obtenían recursos en México y se los llevaban al extranjero para ahí ser invertidos, situación que con la reforma introducida permitía evitar dicha fuga de capitales.
- IV. En este ordenamiento se estableció por primera vez la obligación de las instituciones de constituir e invertir reservas matemáticas de primas, por lo que hacía a las pólizas de seguros sobre la vida, y de previsión para hacer frente a desviaciones en la siniestralidad. La inversión de la reserva no era libre, se sujetaba a valores y bienes considerados como de "primer orden".⁽¹⁸⁾
- Como se citó anteriormente la operación de seguro es esencialmente técnica, razón por la que en cualquier momento se puede fijar, de una manera matemática, la cantidad que por cada póliza debe ser reservada para hacer el pago de la obligación contraída. Es precisamente éste el motivo por el cual se estableció la obligación de hacer reservas matemáticas en el caso del seguro de vida, pues con esto de alguna manera se tiene confirmado el pago de la obligación a cargo de la aseguradora.
- V. Se introduce la obligación de las compañías de informar con frecuencia acerca del estado de sus negocios y de la inversión de sus fondos. Igualmente se permitía a la Secretaría de Hacienda realizar visitas y exámenes a las instituciones para cerciorarse de la situación de las mismas, a fin de que año con año pueda saberse si los

18. Ver SHCP, *Op. Cit.*, pág 131 y sigs.

bienes que poseen responden ampliamente por las obligaciones contraídas.

- Dentro de este grupo de disposiciones se previó solicitar a las aseguradoras todo tipo de informes cuando así lo ameritara el caso, tales como observar el estado financiero, que hayan cumplido con las metas establecidas por cada compañía, si el importe de sus inversiones se encontró hecho conforme a la ley, y principalmente que los intereses de los particulares se encontraran perfectamente garantizados.
- VI. Se permite asegurar la vida de un tercero para el caso de muerte, previo consentimiento de este último.
- Esta variante se introduce a fin de evitar especulaciones que pudieran constituir verdaderos delitos, requiriendo el previo consentimiento del tercero, o bien que el tomador del seguro acredite fehacientemente un interés lícito en la longevidad del asegurado.

Es interesante observar que la ley de 1910 ya contemplaba muchos de los principales elementos que en esencia son los mismos que a la fecha se siguen regulando en la operación del seguro de vida.

4) LEY GENERAL DE SOCIEDADES DE SEGUROS

La LEY GENERAL DE SOCIEDADES DE SEGUROS que apareció el 25 de mayo de 1926 amplió su cobertura para incluir a todas las operaciones de seguros además de las de vida.

En la Exposición de Motivos de la Iniciativa de Ley se señala que durante esa época el país había encontrado la estabilidad política, situación que repercutía en las instituciones comerciales, con lo cual se volvía la mirada al ahorro nacional que administraban las compañías se seguros de vida así como compañías que asumían otro tipo de riesgos, provocando un aumento lento pero firme de los importes del seguro mexicano. En materia de inspección y vigilancia no se apreciaban modificaciones sustanciales, aun cuando sí exigía mayor precisión técnica en los instrumentos de vigilancia.⁽¹⁹⁾

Dentro de los cambios destacan:

- I. Se mantiene la autorización para realizar operaciones habituales de seguros a sociedades debidamente constituidas.
 - Lo anterior se mantenía a fin de impedir que las empresas comerciales sin antecedentes financieros y de falta de honorabilidad, sorprendieran a la sociedad evitando con ello que se ofrecieran garantías de solvencia y moralidad.
- II. Se establece la posibilidad de contar con autorización administrativa para la práctica de seguros distintos de los de vida.
- III. En consecuencia, se amplía la obligación de constituir e invertir reservas técnicas, de entre las cuales se mantenía la reserva matemática.
- IV. Se introduce una importante reforma, la cual prevé que las compañías nacionales de seguros no podrían organizarse en forma de sociedades anónimas, sin que antes estuviera íntegramente suscrito el capital

19. *Idem.*

- social, exhibiendo el 65% del mismo el oro nacional, determinando que una vez que hayan consumido el 85% del capital procederían a su disolución.
- Esta reforma permitió un perfecto control sobre los capitales de las aseguradoras, con lo que el público difícilmente sería engañado.
- V. Las compañías extranjeras deberían mantener un depósito en oro nacional del doble de las nacionales (en vez del triple como en 1910) y accederían al 40% del mismo después de 2 años de operación. Como contrapartida, este depósito se les devolvería a las compañías nacionales en su totalidad en el mismo lapso.
- Con esta disposición se vislumbran facilidades y apoyos a las compañías nacionales, con la finalidad de permitir el desarrollo de aseguradoras mexicanas, pues con leyes anteriores lo que se logró fue el ingreso al país de las más fuertes compañías aseguradoras extranjeras, deseosas de practicar negocios en México.
 - Es interesante resaltar que la actividad aseguradora al principio de la década de los treinta estaba dominada por empresas extranjeras, de las 71 empresas en funcionamiento en 1935, sólo 13 eran mexicanas. Esta situación habría de cambiar radicalmente con la aparición de nuevas leyes de seguros en 1935.⁽²⁰⁾
- VI. Como se señaló en el punto III, se establece la obligación a las aseguradoras de establecer reservas técnicas, entre las que se encuentran las reservas matemáticas vida, las cuales se regulan por

20. Minzioni Consorti, *Op. Cit.*, en sus págs. 48-49, señala los nombres y nacionalidades de las empresas de seguros que operaban a la entrada en vigor de la ley en comento.

separado, debido a la propia naturaleza del seguro de vida; asimismo quedan comprendidas las reservas de previsión, las cuales se introducen para hacer frente a las fluctuaciones de valores y desviaciones estadísticas.

5) LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

La LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO de 1935, que sólo ha sido reformada en dos ocasiones, el 15 de abril de 1946 y el 5 de enero de 1966, define con precisión los efectos jurídicos de las ofertas de celebración del seguro y el momento en que el contrato se perfecciona por la voluntad de las partes. Aún en la actualidad se mantiene el principio consensual del perfeccionamiento de los contratos.

Es importante señalar que de todas las leyes que regulan el contrato de seguro, la más importante es la ley en comento, "de la que fue actor el licenciado Manuel Gual Vidal, que utilizó fundamentalmente la Ley Federal Suiza de 1902, la Ley Francesa del Contrato de Seguro de 1930 y el Proyecto Mossa de 1931"⁽²¹⁾.

La contratación de seguros de vida en México tiene que sujetarse a los lineamientos descritos en la Ley Sobre el Contrato de Seguro. El título tercero de esta ley, que abarca los artículos 151 al 192, se refiere exclusivamente a disposiciones del contrato sobre las personas, de lo que se desprende que la LCS prevé tres tipos de seguro sobre las personas, según dispo-

21. *Rodriguez Rodriguez Joaquín, Curso de Derecho Mercantil. México, Porrúa, 1991, pág. 166.*

ne el artículo 151 de la misma. De acuerdo a lo anterior, al hablar de riesgos que afecten la existencia, integridad de las personas y salud o vigor vital, estamos en presencia de los seguros de vida, accidentes y enfermedades, respectivamente.

Entre los elementos regulatorios del seguro de vida, establecidos en la LCS, destacan:

- A) Se prescribe claramente, en concordancia con la naturaleza jurídica del seguro de vida, que en el mismo no opera la figura de la subrogación (Art. 152, segundo párrafo LCS).
- B) La póliza del contrato no debe de ser al portador. Esta disposición difiere del tratamiento general, en donde con el objeto de facilitar la transmisión de los derechos consignados en las pólizas, se permite que sean al portador (Art. 154 LCS).
- C) En general, el seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento (Art. 156 LCS).
- D) El contrato de seguro para el caso de muerte sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de un sujeto a interdicción, será nulo (Art. 157 LCS).
- E) El asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario, sin necesidad del consentimiento de la empresa aseguradora (Art. 163 LCS).
- F) Se contempla el derecho de revocar al beneficiario designado, derecho del cual el asegurante podrá ser privado siempre que realice

renuncia expresa y lo comunique a la aseguradora y al beneficiario designado (Art. 165 LCS).

- G) Si el asegurado designa como beneficiario a su cónyuge o a sus descendientes, el derecho derivado de la designación de beneficiario y el del aseguramiento no serán susceptibles de embargo, ni de ejecución por concurso o quiebra del asegurado (Art. 169 LCS).
- H) Se señala que la aseguradora carecerá de acción alguna para exigir el pago de la prima, sin embargo se le concede exigir el 15% del importe de la prima anual en concepto de indemnización por la falta de pago de la primer prima anual (Art. 180 LCS).
- I) Si después de cubrir tres anualidades consecutivas se dejan de pagar las primas, el seguro quedará reducido de pleno derecho o el asegurante tendrá derecho al reembolso inmediato de una parte de las reservas matemáticas, de acuerdo con las normas técnicas establecidas para el caso, las cuales deberán figurar en la póliza (Arts. 181 y 182 LCS).
- J) Se prevé que la aseguradora se obliga a cubrir el seguro aún en caso de suicidio, cualquiera que sea el estado mental del asegurante, siempre que el suicidio se verifique 2 años después de la celebración del contrato (Art. 186 LCS).

Esta reglamentación contractual pretende, como se señala en la exposición de motivos correspondiente, proteger al asegurado frente a la empresa, por considerar que su capacidad de negociar las cláusulas está limitada, lo que lo convierte en la parte más débil de la relación contractual.

6) LEY GENERAL DE INSTITUCIONES DE SEGUROS

La LEY GENERAL DE INSTITUCIONES DE SEGUROS publicada en el Diario Oficial de la Federación del 12 de septiembre de 1935, tenía, y mantiene a la fecha, como propósito manifiesto, hacer factible la vigilancia e inspección de las instituciones de seguros y asimilar, en lo posible, la organización de las mismas.

Asimismo, se desprende el interés particular de favorecer a las empresas mexicanas y proteger los intereses de los asegurados.

Respecto al primer objetivo, que habría de traer consigo la "mexicanización de la industria", se obligó a las compañías de seguros extranjeras que operaban en México a que constituyeran en la República sucursales que contarán con un capital especialmente afecto a sus operaciones en el país.

Por último, en materia del régimen de inversión se fijó un cajón obligatorio del 30% destinado a obligaciones del Gobierno Federal y se limitó la posibilidad de invertir, con cargo a las reservas técnicas en moneda extranjera.

Como consecuencia directa de estas modificaciones, el número de empresas nacionales pasó de 13 a 26, y el de empresas extranjeras se redujo de 56 a 2.

La Ley General de Instituciones de Seguros (LGIS) ha sido objeto de varias reformas que buscaron fortalecer su eficiencia, de acuerdo a los diversos estadios de la vida económica, social y política de nuestro país.

A continuación se citan las reformas de carácter estructural de la LGIS, principalmente las que representan cambios significativos en el sector asegurador.

A) REFORMA DE 1981

El decreto de fecha 30 de diciembre de 1980, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 7 de enero de 1981, reformó prácticamente en su totalidad la Ley General de Instituciones de Seguros de 1935, incluyendo la denominación de varios de sus títulos.

Como se puede apreciar en la Exposición de Motivos de la reforma citada, la tendencia de la misma fue hacia una mayor participación del Estado en el control de la actividad aseguradora, así como la implantación de medidas de apoyo al desenvolvimiento de las aseguradoras.

Asimismo se procuró una transformación integral de la estructura de la ley, adecuando algunos aspectos que para la época resultaban obsoletos, considerando que la citada ley databa de 1935, lo que había ocasionado una disminución en la capacidad de las aseguradoras como inductoras del desarrollo. A manera de resumen se presentan las modificaciones más relevantes⁽²²⁾:

- I. De conformidad con las reformas introducidas en los artículos 10. y 3. fracción I, se suprime la posibilidad de establecer en la República, sucursales de aseguradoras extranjeras.

22. Ver *Diario de Debates de la Cámara de Diputados, año II, tomo II, núms. 28, 45 y 46, de fechas 26 de noviembre, 23 y 26 de diciembre de 1980, respectivamente.*

- Esta reforma es congruente con la finalidad de dar mayor impulso a las aseguradoras nacionales, procurando su desarrollo en un ambiente de competencia moderada entre empresas mexicanas con condiciones similares.

- II. Se introduce la clara distinción de los tipos de aseguradoras que contempla la LGIS, incluyendo la figura de la concesión, únicamente para el caso de instituciones de seguros (Art. 5 LGIS), reservándose la autorización para las sociedades mutualistas (Art. 6 LGIS).
 - Dicha distinción se establece en virtud del régimen legal introducido con la reforma, en el cual se pone más control sobre las instituciones de seguros debido a que éstas promueven el desarrollo nacional y otorgan seguridad y beneficio a un buen número de particulares, mientras que a las sociedades mutualistas se les impone un régimen más flexible, considerado como el más adecuado, debido al hecho de que se encuentran obligadas únicamente al manejo de los recursos de sus propios integrantes.

- III. En base a la reforma al artículo 7 LGIS, se amplía la posibilidad de operar ciertos ramos de seguro mediante la simple declaración que realice la SHCP, facultando a la misma para resolver sobre los riesgos que pueden incluirse dentro de cada ramo. Asimismo se permite la posibilidad de que mediante una sola concesión o autorización se puedan realizar todas las operaciones señaladas.
 - La finalidad de esta reforma es que las operaciones que realicen las aseguradora tengan un fundamento jurídico, evitando con ello operaciones "ilícitas" que perjudiquen a la ciudadanía.

- IV. Una reforma importante, no prevista en la LGIS de 1935, es la posibilidad de considerar, dentro de operaciones del ramo de vida, contratos relativos a planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro.
- Con esta reforma se pretende fomentar el ahorro nacional y otorgar a los particulares nuevos medios para beneficio propio, así como ampliar la gama de operaciones del seguro mexicano.
- V. Se modificó en su totalidad el régimen de regulación de la tenencia de capital de las instituciones de seguros, con el objeto de promover un desarrollo intersectorial autónomo, por lo cual se faculta a la SHCP para otorgar autorizaciones para la adquisición y control de más del 10% de las acciones representativas de capital social de una aseguradora (Art. 15 LGIS).
- VI. Para el ejercicio de la actividad de agentes de seguros y ajustadores se requirió autorización de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros (actualmente Comisión Nacional de Seguros y Fianzas), asimismo se hace la distinción entre personas vinculadas mediante relación laboral y las que operan sin la misma, así como las obligaciones que contraen como agentes (Arts. 23, 24 y 25 LGIS).
- Esta reforma tiene como objetivo depurar al sector de aquellos elementos personales que no se encuentren debidamente capacitados.
- VII. Se incluyó la figura del intermediario de reaseguro y se autorizó la operación de reaseguradoras extranjeras. Sin embargo dicha autorización es exclusiva para operaciones de reaseguro, quedando prohibido realicen operaciones de seguro directo (Art. 76 LGIS); asimismo, a fin de que el Estado esté en posibilidades de ejercer mayor

control sobre las reaseguradoras, se crea el Registro General de Reaseguradoras (Arts. 27 y 28 LGIS).

- Esta reforma se introdujo con la finalidad de favorecer la situación del país como centro financiero internacional, procurando, con el control que se ejercería sobre las reaseguradoras, una mayor eficacia del reaseguro.

VIII. Se introduce una reforma importante en cuanto a la regulación de las instituciones, que deben organizarse como sociedades anónimas, eliminándose en el artículo 29 LGIS, la posibilidad con que contaban las mismas para constituirse como sociedades de capital variable. Incluyendo además, la prohibición a los particulares, de ser propietarios de más del 15% del capital pagado de la institución.

- IX. En lo relativo a las actividades que pueden realizar las instituciones, específicamente en lo que hace a las inversiones de la misma, destaca la posibilidad de administrar las reservas para fondos de pensiones o jubilaciones de personal, complementarias a las de la Ley del Seguro Social. (Art. 34 fracción IV, LGIS).
- X. Congruente con la finalidad ejercer mayor inspección y vigilancia, se introducen reformas a diversos artículos en los cuales se faculta a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para dictar disposiciones de carácter general; asimismo se establece que toda documentación con que cuenten las aseguradoras deberá estar autorizada por la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, situaciones que no se encontraban previstas en la anterior ley de 1935.
- XI. En lo relativo a las sanciones, se reestructura en su totalidad el capítulo III del título quinto. Las reformas principales se basan en

la introducción de nuevos delitos, a la vez que se actualizan las sanciones, las cuales en el caso de multas van de 10.000 a 1.000.000 y prisión de 6 meses a 10 años, dependiendo del tipo de infracción cometida.

A partir de 1990 el marco legal del sector asegurador empezó a desregularse de manera importante. Las modificaciones más relevantes se introdujeron en la ley de la materia en enero de 1990, dentro de las cuales se encuentra la denominación de la ley, pasando a ser **LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS (LGISMS)**, reforma introducida para dar reconocimiento a las sociedades mutualistas, que aunque en menor proporción, también contribuyen al ahorro nacional.

7) LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS

A) REFORMA DE 1990

El decreto de fecha 28 de diciembre de 1989, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de enero de 1990, incluyó importantes reformas en la legislación de seguros, las que además de la desregulación del sector, permitirían garantizar el sano desarrollo y eficiente funcionamiento de los mercados, así como el control del sistema financiero, en ese sector.

Dentro de los principales cambios se pueden puntualizar⁽²³⁾:

- I. Se sustituyó el régimen de concesión (introducido apenas en 1981) por el de autorización, con el claro propósito de eliminar barreras de entrada y señalando un cambio de actitud respecto al papel del Estado en la oferta del seguro (Art. 5 LGISMS).
 - Dicha reforma parece ser una reflexión del Estado en relación con el acto administrativo al amparo del cual se pueden realizar las operaciones de seguros, el cual era impropio (concesión), toda vez que la función aseguradora no está reservada originalmente al Estado. En el caso de la autorización, ésta es más congruente por el interés general que reviste la actividad, la cual reconoce el Estado, estableciendo las disposiciones aplicables.

- II. Se amplió la gama de operaciones que pueden ofrecer las aseguradoras para incluir en los artículos 6. y 7 último párrafo, el reafianzamiento.
 - Ello aumenta la posibilidad de retener los recursos captados en el país, a la vez que fomenta la integración de las diferentes empresas del sector financiero mexicano, respaldando el desarrollo de la fianza y el seguro.

- III. Se desreguló la fijación de las tarifas de prima, sustituyendo el requisito de autorización previa por el de registro y se liberaron las comisiones de los agentes de seguros.

23. Ver *Diario de Debates de la Cámara de Diputados, Año II, núms. 9 y 14 de fechas 16 de noviembre y 5 de diciembre de 1989.*

- La intención de esta reforma fue darle un rasgo más competitivo al sector incentivando la capacidad de innovación de las empresas, sin embargo aún se percibe cierto control de la autoridad, aún cuando sólo se trate de un simple registro.
- IV. Se eliminó el requisito de autorización previa para el establecimiento, cambio de ubicación y clausura de cualquier clase de oficinas en el país (Art. 23 LGISMS).
- Esta introducción es con el objeto de ampliar las variables de competencia para incluir la cobertura regional, no obstante, dicha desregulación prevé dar aviso con 10 días de anticipación tanto a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas como al propio asegurado.
- V. Se introduce la fijación anual de un capital mínimo para cada operación o ramo, y por lo que hace al régimen de capitalización se estableció un margen de solvencia a través del requisito de un capital mínimo de garantía para hacer frente al debido cumplimiento de sus obligaciones. (Arts. 29 fracción I, último párrafo, 60 y 61 LGISMS).
- VI. Nuevamente se abrió el sector a la participación de extranjeros, aunque esta vez de manera parcial, permitiéndose la participación minoritaria de la inversión extranjera directa a empresas del mismo tipo, manteniéndose la prohibición a la inversión de gobiernos y entidades financieras distintas de las señaladas (Art. 29, fracción I, octavo párrafo, LGISMS).
- Lo anterior sin duda ha tenido y continuará teniendo efectos en el camino hacia estándares internacionales de eficiencia. Una de las posibles estrategias para llevar la productividad es justamente

buscar alianzas con aseguradoras del extranjero, sin embargo, el manejo y control directo de empresas con inversión extranjera, deberá estar a cargo de capital mexicano.

VII. Se establecieron reglas de inversión que buscan fortalecer la liquidez y solvencia con que se invierten las reservas.

VIII. Se formaliza la inclusión de las aseguradoras en el contexto de grupos financieros, motivo por el cual se reconoce la constitución de sociedades controladores de acciones, creándose al efecto el artículo 29-Bis, el cual establece que éstas serán aquellas que se integren por lo menos con tres intermediarios financieros, debiendo detentar el 51% del capital pagado de cada uno de los integrantes del grupo financiero y respondiendo subsidiaria, solidaria e ilimitadamente (Art. 29-Bis, fracciones II y VII LGISMS).

IX. Para garantizar a los usuarios que las instituciones de seguros se apeguen a lo establecido por la ley, se creó la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para que de manera especializada se dedicara a la inspección, vigilancia y desarrollo del sector, delegándole entre otras, la facultad de imponer sanciones (Art. 2 transitorio, 108, 108 A, B y C, LGISMS).

X. En lo relativo a las sanciones administrativas por violaciones a la ley, se elevan los montos de las mismas, introduciéndose la modalidad de determinarlas en razón del salario mínimo vigente en el Distrito Federal, las cuales varían de 100 a 5000 días multa (Art. 138 LGISMS).

B) REFORMA DE 1993

En 1993 la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros se modificó en dos ocasiones, en julio y diciembre del mismo año.

El 20 de mayo de 1993, el Ejecutivo Federal presentó a la consideración del H. Congreso de la Unión, una iniciativa de Ley que recoge varias propuestas de modificaciones al marco jurídico del sector asegurador, con lo que se consolidan los esfuerzos de desregulación que se empezaron tres años atrás y ponen al sector asegurador en mejor posición para hacer frente a la mayor competencia asociada al programa de apertura. Dentro de las modificaciones propuestas destacan:

- I. Permitir la intermediación en los contratos de adhesión a personas distintas de los agentes de seguros, con lo que se ampliarían de manera importante los canales de distribución con que cuentan las aseguradoras.
- II. Autorizar a las Instituciones de Seguros como organismos fiduciarios en fideicomisos para el pago de la administración de fondos de terceros. Ello permitiría mayor transparencia en el manejo de recursos de los asegurados y de sus trabajadores.
- III. Con objeto de reducir los costos financieros de las aseguradoras, las modificaciones buscan que se les permita endeudarse emitiendo obligaciones subordinadas convertibles a capital.

La orientación de este conjunto de modificaciones es claramente permitir a las aseguradoras un margen más amplio de operación fortaleciendo su capacidad de competir con buenos productos.

Hay otro conjunto de reformas que buscan dotar de mayor transparencia y de un régimen más adecuado a la operación del seguro, dentro de este grupo destacan las siguientes propuestas:

- I. Introducir requisitos para ser consejero de una Institución de Seguros.
- II. Requisitos con los que se debe cumplir para ser Director General de una aseguradora.
- III. Incluir algunas sanciones a actos que ya se encontraban tipificadas y se agregan algunas otras conductas acreedoras a sanciones.

Las reformas citadas reflejan, en balance, la intención de abrirle las puertas al sector para que juegue un papel cada vez más prominente en la dinámica del sistema financiero.

De conformidad con el decreto de fecha 15 de diciembre de 1993, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 23 de diciembre de 1993, la LGISMS se modificó a fin de adecuarla con los lineamientos principales de apertura económica previstos en el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, considerando que el mismo establece una zona de libre comercio, abarcando la liberalización del comercio de servicios e inversión extranjera en el territorio de los países signatarios.

Las reformas surgieron en razón de que la LGISMS no permitía el acceso directo de las instituciones financieras del exterior, pues en todos los casos previstos debía ser inversión minoritaria.

Por tal motivo se consideró incluir un nuevo capítulo dentro de cada una de las leyes que regulan a los intermediarios financieros, el cual regularía

las filiales de las instituciones financieras del exterior, otorgando la posibilidad de establecimiento de filiales exteriores, provenientes de los países con los que México haya celebrado tratados internacionales, dentro de los límites de la inversión extranjera, considerándolas en todo momento como sociedades constituidas en México, con personalidad jurídica propia y sujetas a la jurisdicción mexicana.

En este contexto, y con la finalidad de integrar a México en el ámbito internacional, los cambios importantes que presentó la LGISMS son⁽²⁴⁾:

- I. Al derogarse el inciso 2) de la fracción II, del artículo 3, se deduce la posibilidad de realizar contratos de seguro con empresas extranjeras.
- II. Se crea la fracción I-Bis del artículo 29, la cual contempla que las instituciones de seguros, las que antes de la reforma no podían ser de capital mayoritariamente extranjero, pueden ser filiales de instituciones financieras del exterior.
- III. Dentro de las excepciones a la tenencia de más del 15% del capital social, se incluye a la Administración Pública Federal, con la finalidad de que está pueda apoyar a los sectores que en un momento dado pudieran necesitarlo (Art. 29, fracción II, inciso 2, LGISMS).
- IV. Lo más relevante de la reforma es la inclusión del Capítulo I BIS, artículos 33-A al 33-N, mismo que contiene todas las disposiciones relativas a la filiales de instituciones financieras del exterior, dentro de las cuales destacan la definición de filial, institución

24. Ver Diario de Debates de la Cámara de Diputados, Año III, núms. 12 y 16 de fechas 25 de noviembre y 7 de diciembre de 1993, respectivamente.

financiera del exterior y sociedad controladora filial, las cuales se registrarán por los tratados internacionales, el citado capítulo y las reglas que al efecto dicte la SHCP, previa autorización de la misma para operar como tales y garantía que otorguen para el cumplimiento de sus obligaciones.

C) REFORMA DE 1995

De conformidad con el decreto de fecha 15 de noviembre de 1995, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 17 de noviembre de 1995, se introdujeron reformas a la LGISMS, entre otras leyes del sector financiero, las que van encaminadas principalmente a lograr la modernización de la economía mexicana.

En base a lo anterior se realizaron modificaciones a varios ordenamientos legales, tales como la Ley de Instituciones de Crédito, Ley del Mercado de Valores, Ley General de Organizaciones y Actividades Auxiliares del Crédito, Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Ley Federal de Instituciones de Fianzas, Ley del Banco de México y Ley del Servicio de Tesorería de la Federación.

Tales reformas versan sobre aspectos tales como la protección a los intereses del público, la adopción de medidas para coadyuvar en la prevención del delito de lavado de dinero, así como la actualización del régimen legal de la Tesorería de la Federación.

En este sentido se aumentó el porcentaje de acciones de voto limitado a integrantes del capital social que pueden emitir organizaciones auxiliares

del crédito, instituciones de seguros y de fianzas, pudiendo éstas últimas, incrementar los límites máximos de tenencia accionaria individual.

En el rubro de inversión extranjera se establece que la SHCP podrá autorizar la adquisición de acciones por arriba de los límites previstos como regla general para la tenencia individual, con la finalidad de que los intermediarios con capital mayoritariamente mexicano puedan convertirse en filiales de tales instituciones.

Por lo que respecta a las reformas a la LGISMS, podemos citar²⁵:

- I. En el artículo 29, fracción I, se permite la emisión del 30% de acciones de capital social, con la característica de voto limitado.
- II. Se permite a las empresa financieras del exterior la adquisición de acciones representativas de capital de instituciones de seguros mexicanas, siempre y cuando la inversión mexicana mantenga la facultad de determinar el manejo de la institución y su control efectivo (Art. 29, fracción II, inciso 1), LGISMS)
- III. Se introduce la posibilidad de ser propietario de hasta el 20% del capital pagado, incluyéndose dentro de las excepciones, la adquisición de un porcentaje mayor a las instituciones filiales del exterior y las sociedades controladoras filiales, de conformidad con las reglas generales que a tal efecto expida la SHCP (Art. 29, fracción II, apartado 2, inciso 1), LGISMS).

25. Ver *Diario de Debates de la Cámara de Diputados, Año II, núms. 12 y 14 de fechas 6 y 26 de octubre de 1995, respectivamente.*

IV. Se establece que el consejo de administración de las filiales del exterior se integrará por lo menos con 5 consejeros, de los cuales la mayoría deberá residir en el país (Art. 33-K LGISMS).

En resumen podemos considerar que las reformas citadas tienen la finalidad de dotar al sector asegurador de los medios adecuados para lograr la competitividad y la modernización comercial, que les permita establecer alianzas con filiales del exterior a fin de integrarse al mercado internacional, contando además con la supervisión del gobierno mexicano.

D) REFORMA DE 1996

Una de las reformas más reciente de la LGISMS se dio en mayo de 1996, de conformidad con el Decreto de Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro y de Reformas y Adiciones a las leyes General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para Regular las Agrupaciones Financieras, de Instituciones de Crédito, del Mercado de Valores y Federal de Protección al Consumidor, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 23 de mayo de 1996. Cabe señalar que el decreto en comento, va en estrecha relación con la nueva Ley del Seguro Social publicada en el DOF el 21 de diciembre de 1995.

Por tal motivo, las reformas a las leyes que regulan el sector financiero mexicano, se realizaron con la finalidad de actualizar y modernizar el sistema de seguridad social, con el propósito de disponer de un nuevo esquema que permita que las pensiones sean más dignas y justas; garantizar una pensión mínima en términos reales; otorgar la plena propiedad a los trabajadores sobre sus recursos; estimular el esfuerzo individual y voluntario del

ahorro de los trabajadores e impulsar el ahorro interno y aprovecharlo para reactivar la inversión productiva.¹²⁶⁾

En este sentido, las reformas que se introdujeron a la LGISMS, fueron para permitir que las instituciones de seguros estén en condiciones de operar los seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y puedan intervenir en el capital de las AFORES (Administradoras de Fondos para el Retiro), así como en el de las SIFORES (Sociedades de Inversión Especializadas de Fondos para el Retiro), debido a que en la nueva Ley del Seguro Social se establecen normas relativas al seguro de trabajo, invalidez y muerte, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, con el fin de promover el otorgamiento de pensiones más dignas a los trabajadores y sus familias. También se prevé que con cargo a estos recursos acumulados de la *cuenta individual para el retiro*, la administradora adquirirá a nombre del trabajador y en favor de sus beneficiarios, al otorgarse la pensión, un seguro de sobrevivencia en los términos que determine la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Básicamente las reformas de la LGISMS las podemos resumir en¹²⁷⁾:

- I. Se incluyen dentro de las operaciones de vida los contratos que tengan como base planes de pensiones o de supervivencia derivados de las leyes de seguridad social, mediante autorización que se otorgará sólo a las instituciones de seguros que las practiquen en

26. Ver Dictamen de las Comisiones Unidas de Trabajo y Previsión Social y Hacienda y Crédito Público de fecha 18 de abril de 1996, relativo al Decreto de Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro y de Reformas y Adiciones a las Leyes General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para Regular las Agrupaciones Financieras, de Instituciones de Crédito, del Mercado de Valores y Federal de Protección al Consumidor.

27. Ver la publicación del citado decreto en el Diario Oficial de la Federación de fecha 23 de mayo de 1996.

forma exclusiva, sin que a las mismas se les pueda autorizar cualquier otra operación. (Arts. 7, tercer párrafo y 8, fracción I y I-BIS LGISMS).

- II. Con la finalidad de prevenir conflictos de intereses, se introducen prohibiciones para ser *consejero propietario*, tales como ser servidor público de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), y para ocupar el cargo de *comisario propietario o suplente* no se deberá ser funcionario de instituciones de crédito, de seguros, de fianzas, de casa de bolsa, de AFORES. (Art. 29, fracción VII-bis, inciso h), y Art. 32, fracción III, LGISMS).
- III. Se permite a las Instituciones de Seguros invertir en el capital de las administradoras de fondos para el retiro y en el de las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro. (Art. 34, fracción XIV-Bis LGISMS).
- IV. Adicionalmente las instituciones de seguros podrán invertir en el capital social de otras instituciones de seguros o de fianzas (incluyendo extranjeras), AFORES, SIFORES, y almacenes generales de depósito, arrendadoras financieras, empresas de factoraje y casas de cambio, siempre que éstas no formen parte de grupos financieros. Se establece que la citada inversión no podrá ser mayor al 20% de la suma de capital pagado y reservas de capital de la inversora; dicho porcentaje podrá ser mayor en caso de que la inversión se realice en instituciones de seguros autorizadas para practicar los seguros de pensiones derivados de las Leyes de seguridad social, así como en las AFORES y SIFORES, previa autorización de la CMySF. (Art. 61, fracción III, LGISMS).

- V. En protección de los intereses de pensionados y beneficiarios de los seguros, se les dotó a éstos con el carácter de acreedores con privilegio especial, por lo que en los supuestos de quiebra o de liquidación administrativa de una aseguradora, siempre prevalecerá el derecho de éstos sobre el de otros acreedores, como es el caso de las reaseguradoras. (art. 129 LGISMS):

En resumen se puede señalar que la citada reforma a la LGISMS tiene como propósito que las instituciones de seguros del país que pretendan manejar los seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social, cuenten con un marco legal que regule dicha actividad, así como las principales directrices que les permita prestar dicho servicio.

E) REFORMA DE 1997

La última reforma de que ha sido objeto la LGISMS fue publicada en el Diario Oficial de la Federación del día 3 de enero de 1997. Por consideraciones del Ejecutivo Federal, dicha reforma, que resulta ser la 32a. desde que se creó en 1935, pretende fortalecer el régimen de solvencia de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, así como contar con una supervisión más estricta del reaseguro, agilizar los procedimientos arbitrales de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y en general procurar el desarrollo del sector asegurador.

De las principales disposiciones vertidas en la más reciente reforma, sobresalen⁽²⁸⁾:

28. Ver dictamen de la Comisión de Hacienda y Crédito Público de la H. Cámara de Diputados de fecha 4 de diciembre de 1996.

- I. Para protección de los intereses del público, se precisa que se realiza una operación activa de seguros cuando, en caso de que se presente un acontecimiento futuro e incierto, previsto por las partes, una persona, contra el pago de una cantidad de dinero, se obliga a resarcir a otra un daño, de manera directa o indirecta o a pagar una suma de dinero. (Art. 3o. fracción I, párrafo segundo LGISMS).
- II. Se permite que, previa autorización de la SHCP, las empresas de seguros extranjeras puedan celebrar en territorio nacional, contratos de seguro relacionados con riesgos que sólo puedan ocurrir en los países en los que estén autorizados para operar. Como medio de control, se faculta a la CNSF para opinar sobre la revocación de la autorización a que se hace referencia, cuando esta última considere que los intereses de los usuarios se encuentran en peligro (Art. 3o., fracción III, inciso 1), LGISMS).
- III. Se abre la posibilidad para contratar un seguro con una aseguradora extranjera en el caso de que se compruebe que ninguna de las aseguradoras del país pueda o estime conveniente cubrir los riesgos de los cuales quiere protegerse el usuario (Art. 3o., fracción III, inciso 2), LGISMS).
- IV. Reconociendo la importancia de que cada vez más mexicanos cuenten con un seguro para cubrir los riesgos de accidentes y enfermedades, se adicionan los ramos: accidentes personales, gastos médicos y salud; asimismo se expresa en forma específica en el ramo de daños, el concepto de terremoto y otros riesgos catastróficos, ya que el país se encuentra altamente expuesto a éstos (Art. 7o..

fracción II, incisos a), b) y c), fracción III, inciso h), LGISMS)⁽²⁹⁾

- Una de las adiciones de mayor importancia resulta ser el nuevo ramo de salud, el cual es considerado como la base para que las sociedades conocidas como entidades administradoras de medicina prepagada, se transformen en instituciones de seguros.
- V. De manera especial se implementaron medidas para supervisar el mejor funcionamiento de las reaseguradoras y de los intermediarios del reaseguro, permitiendo que las instituciones y sociedades mutualistas de seguros únicamente puedan utilizar los servicios de intermediarios domiciliados en el país para la celebración de operaciones de reaseguro, siempre y cuando cuenten con la autorización *discrecional* de la CNSF. Asimismo se exige a las empresas reaseguradoras que acrediten ante la SHCP, que cuentan con la calificación mínima que *determine* la misma, a fin de comprobar su estabilidad y solvencia (Arts. 26 y 27, tercer párrafo, LGISMS).
- La citada reforma, así como la de los artículos 37, 50 inciso 2), 52 inciso 2), 58, 59, y 74 de la LGISMS, fue severamente cuestionada por la oposición, al considerar de excesiva discrecionalidad las facultades concedidas a la SHCP, las

29. *Al respecto cabe señalar que la propia Comisión de Hacienda y Crédito Público de la H. Cámara de Diputados, en el dictamen correspondiente a la reforma en comento, consideró la conveniencia de que pudieran recogerse en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las adecuaciones necesarias para operar los seguros derivados de las nuevas leyes de seguridad social, incluyendo las que han puesto en marcha los nuevos sistemas de ahorro para el retiro. Sin embargo, a la fecha no ha sido turnada ninguna iniciativa al respecto.*

cuales dejan vacíos que crearían incertidumbre y trato diferente a las instituciones involucradas, lo que se reflejaría en ventajas para una y tropiezos para otras, en perjuicio de los inversionistas y usuarios⁽³⁰⁾.

- VI. Como parte de las modificaciones a la organización de las instituciones de seguros se establece un capital mínimo pagado por cada operación o ramo que se les autorice, el cual se expresará en *UNIDADES DE INVERSIÓN (UDIS)* y deberá ser cubierto en moneda nacional durante el primer semestre de cada año. En este mismo sentido se establece que en ningún momento el capital pagado deberá ser inferior al mínimo que determine la SHCP dentro del primer trimestre de cada año (Art. 29, fracción I, LGISMS).
- VII. Por otra parte, dentro de la reforma se amplía la relación de funcionarios que no pueden ser comisarios propietarios o suplentes de las compañías de seguros, añadiendo a los de cualquier intermediaria financiera, así como a los auditores contables externos de la institución de seguros que de se trate (Art. 32, fracciones III a V, LGISMS).
- VIII. En congruencia con la reforma al artículo 30., se permite que las aseguradoras puedan actuar como comisionistas con representación de empresas extranjeras (Art. 34 LGISMS).
- IX. La suma de capital pagado, reservas de capital y los demás rubros de capital que determine el catálogo de cuentas aprobado por la CNSF, computables para el capital mínimo de garantía, deberá

30. Ver Diario de Debates de la H. Cámara de Diputados del día 5 de diciembre de 1996.

invertirse conforme a las nuevas disposiciones previstas en el nuevo artículo 61 de este ordenamiento, que prevé el otorgamiento de reglas de carácter general que emitirá la SHCP para orientar el fortalecimiento de los recursos patrimoniales de las instituciones de seguros (Art. 35. fracciones II y XII LGISMS).

- X. Una reforma de particular interés es la vinculada al manejo de los seguros de pensiones derivadas de las leyes de seguridad social, la cual tiene como finalidad principal el impulsar decisivamente al sector asegurador. Al respecto se prevé que las instituciones autorizadas para la práctica de tales seguros constituyan, adicionalmente a las reservas tradicionales, una reserva matemática especial, complementaria a la reserva de riesgos en curso, que tendrá como objeto proveer los recursos necesarios para que las aseguradoras hagan frente a posibles incrementos en los índices de supervivencia de la población asegurada, así como una reserva para fluctuación de inversiones con el propósito de apoyar a las instituciones ante posibles variaciones en el rendimiento de sus inversiones (Art. 52-Bis. fracciones I y II. LGISMS).
- XI. Por otra parte, quedó establecido que las instituciones de seguros constituyan a través de un fideicomiso, un fondo especial cuya finalidad será contar con recursos financieros que apoyen el adecuado funcionamiento de estos seguros; los principales objetivos de este fideicomiso serán los de proveer de fondos al Instituto Mexicano del Seguro Social para que éste cubra a la institución de seguros fideicomitente los recursos que requiera, en el supuesto de que los montos constitutivos hayan sido insuficientes para cubrir las pensiones correspondientes (Art. 52-Bis 1. LGISMS).

XII. Se introdujeron una serie de procedimientos para atender de manera más adecuada las reclamaciones que plantean los usuarios en contra de alguna institución o sociedad mutualista de seguros.

- En el procedimiento conciliatorio se elevan las multas en caso de incumplimiento de las aseguradoras respecto a las juntas que se les convoquen, así como algunas precisiones relativas al tratamiento de las reclamaciones (Art. 135, fracción I, LGISMS).
- En el juicio arbitral en amigable composición se permite que se fijen de manera específica y de común acuerdo por las partes, las situaciones y puntos motivo de la controversia, estableciéndose las etapas, formalidades o términos a que se sujetará el arbitraje. (Art. 135, fracción II, LGISMS).
- Por lo que hace al procedimiento de estricto derecho, los plazos deberán ajustarse a los previstos en las fracciones III y III-Bis del artículo 135 LGISMS, con lo cual se da certidumbre al procedimiento.

En resumen éstas son las modificaciones más sobresalientes de la reciente reforma⁽³¹⁾, que en general fortalecen la desregulación de su actividad, su liberación con propósitos de autogestión, su fortalecimiento financiero y su internacionalización, todo ello dentro de un esquema de desregulaciones prudenciales que protegen adecuadamente los intereses de los usuarios y bajo una supervisión que tiene por propósito cuidar el estricto cumplimiento de

31. Ver *Exposición de Motivos de la Iniciativa de Reforma a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de fecha 7 de noviembre de 1996.*

las normas técnicas y el régimen de solvencia que deben mantener las empresas aseguradoras .

F) REFORMA MAYO 1997

Por otra parte, de conformidad con el artículo 4o. del Decreto por el que se reforman diversas Leyes Financieras, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de mayo de 1997, se reformó el cuarto párrafo del artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, adicionándolo además con los párrafos quinto, sexto y séptimo.

La citada reforma prevé un mecanismo de control de las operaciones que signifiquen infracciones al Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero común, y para toda la República en Materia de Fuero Federal (Art. 400-Bis C.P. correspondiente a las operaciones con recursos de procedencia ilícita); de tal forma se establece que la SHCP oyendo la opinión de la CNSF, dictará disposiciones de carácter general que tengan como finalidad establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar operaciones irregulares, incluyendo la obligación de emitir reportes periódicos sobre las operaciones realizadas.

Dichas normas generales deberán considerar aspectos como los criterios para la adecuada identificación de los clientes y usuarios de las operaciones y servicios de los asegurantes, que consideren su condiciones específicas y actividad económica, tipos y actividades de los clientes o usuarios; los plazos en que operen y las prácticas comerciales, financieras y aseguradoras que priven en las mismas; la debida y oportuna capacitación de su personal y

medidas específicas de seguridad en el manejo de las operaciones de las propias aseguradoras.

Al respecto son los miembros de los consejos de administración, comisarios, auditores externos, funcionarios y empleados de las aseguradoras, los que tienen la obligación de observar las citadas normas y cuya violación se prevé sancionarla con multa equivalente al 10% del acto u operación que se trate.

8) REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO

El REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 7 de julio de 1962 (vigente a la fecha), se encarga de regular uno de los tipos de seguro de vida: como ya se comentó, en la operación de vida existe un matiz adicional que debe considerarse: el seguro de vida puede ser, además de individual, colectivo o de grupo.

Este último tipo de seguro de vida tiene su fundamento legal en el artículo 191 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, mismo que señala:

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

De lo anterior se tiene que el seguro de grupo se caracteriza en términos del artículo citado, al igual que se puede apreciar en el artículo 1 del

Reglamento Sobre el Seguro de Grupo (RSG), por la ausencia del examen médico en el seguro de vida. Asimismo el propio reglamento (Art. 2o. RSG), define como grupos asegurables:

- A) Los empleados y obreros de un mismo patrón o empresa.
- B) Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo.
- C) Los cuerpos del ejército, de la policía o de los bomberos, y
- D) Las agrupaciones legalmente constituidas que a juicio de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público sean susceptibles de considerarse como grupo asegurable.

Para que estos grupos asegurables sean considerados como tales se requiere que lo conformen por lo menos el 75% del total de personas que integran los grupos señalados en el artículo 2o. del RSG. Además es necesario que dicho porcentaje se encuentre representado al menos por 10 personas en el caso de empleados u obreros, o bien 25 personas en los demás casos.

Estas son algunas de las características de este tipo de seguro de vida:

- I. Se establece que la suma asegurada para cada miembro del grupo no podrá ser superior al monto que resulte de multiplicar la suma promedio por algunos de los factores indicados en el artículo 4 del RSG.
- Esta disposición tiene como finalidad principal establecer un sistema de equidad ante el grupo asegurable al mismo tiempo que evita una selección adversa a la aseguradora.

- II. Se permite que los propios miembros del grupo puedan contribuir al pago de la prima, mismo que como señala el artículo 6 RSG, no podrá ser superior al 75%.
- La finalidad de esta disposición es permitir que los grupos susceptibles se asegurarse, pero que por algún motivo se encontraran impedidos para hacerlo, estén en posibilidad de organizarse y convenir con sus patrones o persona moral correspondiente, la celebración de este tipo de contrato en beneficio de los primeros. A la vez el propio RSG establece un dispositivo de seguridad para el grupo asegurable, impidiendo que cubran más del 75% del monto de la prima.
- III. De conformidad con el artículo 8 RSG, se prevé que el contratante (considerado en el artículo 3 RSG), no podrá ser beneficiario del seguro de grupo, salvo que se trate de garantizar un crédito.
- Una vez más estamos en presencia de una de las disposiciones de seguridad para los particulares, con la cual, salvo la excepción señalada, tienen seguro su ahorro.
- IV. Intimamente relacionada con el punto anterior se encuentra la obligación del contratante de informar a la aseguradora de aquellos miembros que ingresen al grupo, para lo cual deberán remitir el consentimiento respectivo así como la designación de beneficiarios realizada por el propio miembro del grupo (Art. 11 RSG).
- V. Se prevé un excepción al aseguramiento sin examen médico, misma que opera para los nuevos miembros del grupo asegurable, los cuales cuentan con 30 días para expresar su consentimiento, a lo cual

transcurrido dicho término, deberán someterse a un examen médico, en caso de que deseen asegurarse. (Art. 14 RSG).

VI. Para proteger contra desviaciones extremas en la siniestralidad, el reglamento pone límites respecto del número de individuos que deben

integrar el grupo y la máxima desviación que respecto de la suma asegurada promedio puede haber.

Comúnmente el seguro de grupo es comparado con el seguro colectivo: en realidad la forma de operar de ambos es muy similar, sin embargo, el seguro colectivo de vida se distingue del seguro de grupo en cuanto a que cada uno de los individuos que integran la colectividad mantiene una relación individualizada con la institución de seguros. Usualmente se integra de grupos homogéneos de personas en una misma ocupación, profesión o afinidad (aun cuando no los una un vínculo laboral con el mismo patrón), conservando las pólizas su individualidad, operando de manera más cercana a un esquema solidario.

Hasta aquí se ha hecho una breve reseña histórica del seguro, principalmente del seguro de vida, indicándose en cada una de las etapas del mismo, la normatividad aplicable de conformidad con el entorno social y económico prevaleciente en la época. De esta forma la figura del seguro como contrato jurídico se ha ido modificando de conformidad con los cambios señalados, adaptándose a las metas del sector financiero en materia de seguros, así como a las necesidades de los particulares.

No obstante los cambios indicados, el seguro ha conservado sus principales elementos como contrato jurídico, mismos que en el siguiente capítulo se detallarán sistemáticamente con el fin de contar con más detalles de la figura estudiada en este trabajo.

FALTA PAGINA

No. 57

CAPITULO
SEGUNDO

EL CONTRATO DE SEGURO

CAPITULO SEGUNDO

EL CONTRATO DE SEGURO

Como se vio en el capítulo anterior, los orígenes del seguro datan desde el siglo XIII, principalmente por lo que hace al seguro marítimo; a partir de ese entonces y hasta la fecha, el seguro visto como figura jurídica generadora de derechos y obligaciones, es decir, como contrato jurídico, se ha ido perfeccionando de conformidad con los principios jurídicos de cada legislación; en nuestro caso dicha situación ha dado lugar a una amplia regulación.

En el presente capítulo se desglosan de manera sistemática los elementos que conforman el seguro como figura jurídica, incluyendo entre otros, la forma que le da origen, los participantes y sus consecuencias jurídicas.

Todo ello dentro del marco jurídico de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que como se citó anteriormente, es aquella encargada de regular todo lo concerniente a la celebración del contrato de seguro, así como prever las consecuencias jurídicas que su celebración acarrea, incluyendo los derechos y obligaciones que cada parte asumirá.

I. CONCEPTO DE SEGURO

1) CONCEPTO ETIMOLOGICO DE LA PALABRA SEGURO

El adjetivo común que en la lengua hispana se emplea para describir el estado de tranquilidad frente a determinado acontecimiento, el seguro, proviene del latín *securus*.

Securus, entre otras acepciones, significa cierto, firme, verdadero, indudable, tranquilo, sin cuidado; en una palabra, seguro es el término empleado para definir la tranquilidad frente a la incertidumbre, la serenidad frente a la posibilidad de un evento imprevisto.⁽¹⁾

2) CONCEPTO DOCTRINAL DEL SEGURO

Hablar de un concepto doctrinario del seguro sería como hablar de tantos conceptos como estudiosos del tema existan. En realidad aún no ha habido consenso en un concepto unánime que defina el seguro como contrato jurídico.

Razón tal que ha dado origen principalmente, a dos corrientes, estando algunos doctrinarios en favor de una dicotomía del seguro en cuanto a que el mismo mantiene una dualidad debido a la naturaleza de la prestación de la aseguradora (indemnización o no).

1. *García Diego Vicente. Diccionario Etimológico e Hispánico. Madrid, Espasa-Calpe, pdg. 870.*

En oposición, se encuentran aquellos que conciben un concepto único para cualquier rama del derecho, argumentando el carácter indemnizatorio de todo contrato de seguro.

De cualquier forma, dentro de las definiciones doctrinarias siempre se encuentran los principales elementos que configuran el contrato de seguro: partes, objeto, prestaciones, etc.

Por otro lado, muchos doctrinarios dudan que se pueda dar una concepción general del seguro que se adapte a todas las operaciones de éstos; por su parte Oscar Vásquez del Mercado, en su libro *Contratos Mercantiles*, refiere uno de los conceptos más completos del seguro:

"Es la relación jurídica en virtud de la cual la empresa aseguradora, contra el pago de una prima se obliga a relevar al asegurado, en los términos convenidos de las consecuencias de un evento dañoso, e incierto, siendo obligación de la aseguradora resarcir el daño o pagar una suma de dinero"⁽¹⁾

La reserva en no aceptar ampliamente una definición del contrato de seguro es en razón de que el campo que nos ocupa como ya se citó, se subdivide en seguros esencialmente indemnizatorios (seguro de daños o cosas) y seguros no necesariamente indemnizatorios (seguros de personas).

Por tal motivo, prefiero partir del concepto suministrado por la Ley del Contrato de Seguro, indicando al respecto que no obstante que no es un concepto exento de crítica, es el único concepto jurídicamente válido.

2. *Vásquez del Mercado Oscar, Contratos Mercantiles, México, Porrúa, 1989, pág. 258.*

3) CONCEPTO JURIDICO

Por lo que respecta al concepto jurídico de la palabra seguro, en relación a su acepción como contrato jurídico, parece no haber problemas, toda vez que la propia Ley Sobre el Contrato de Seguro en su artículo 1o. nos define claramente la noción del seguro, estableciendo:

ARTICULO 1o. LCS.- Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante el pago de una prima, a resarcir un daño o pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

En relación con la acepción transcrita, existen múltiples críticas y reproches por parte de los juristas y doctrinarios. Algunas básicamente repercuten en su redacción, con lo que tomando en cuenta que así como no hay unanimidad en cuanto a la definición del seguro, tampoco existe la misma en el criterio tomado para analizar cada uno de los términos que conforman la definición del seguro (artículo 1o. LCS).

II. MARCO LEGAL VIGENTE

Además de las últimas modificaciones que se detallaron anteriormente, en esta sección se presenta una descripción de los principales aspectos vigentes de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Para facilitar su análisis se ordenan en función del tema que regulan.

1) MERCANTILIDAD DEL SEGURO

Como se citó anteriormente, el contrato de seguro se regula principalmente por la Ley Sobre el Contrato de Seguro de 1935, con reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 15 de abril de 1946 y 5 de enero de 1966.

Al respecto, el texto del artículo 1o. LCS, nos indica que por definición el legislador sólo concibe como seguro el realizado por empresas, las cuales deben organizarse y funcionar como instituciones de seguros, pues tal requisito, como se verá más adelante, es indispensable para la autorización que se otorgará en congruencia con la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Tenemos que el contrato de seguro adquiere su naturaleza mercantil en razón a lo establecido en la fracción XVI del artículo 75 del Código de Comercio, que nos señala como actos de comercio los contratos de seguro de toda especie siempre que sean hechos por empresas.

2) LA SUPERVISION DE LA OPERACION DEL SEGURO

Genéricamente se pueden distinguir dos tipos de seguros: los de daños y cosas y los de personas, entre los que se incluyen los de vida. De todos ellos, son los seguros de vida los que exigen una supervisión más cuidadosa para asegurar su solvencia, ya que las instituciones de seguros conservan el ahorro que asegura el bienestar de los retirados, las viudas y los huérfanos, entre otros que pueden designarse como beneficiarios.

A efecto de que esta actividad aseguradora con función social y económica pueda desarrollarse cumpliendo sus objetivos, se requiere de una perfecta organización. El mismo nivel de consenso que gira en torno a la necesidad de regulación se da en torno a la importancia de una adecuada supervisión. La función esencial de dicha supervisión es la de garantizar que las compañías, en el ejercicio de sus actividades, se apeguen a las normas vigentes y permanezcan solventes. En México se amplía el concepto de supervisión para abarcar también el contenido de los contratos y la actividad de los intermediarios.

Los objetivos de la supervisión, son:

- * Proteger a los asegurados y beneficiarios contra el fraude que atente contra la mutualidad o insolvencia;
- * Mejorar la calidad y la accesibilidad de los servicios prestados por las aseguradoras; e
- * Inducir al sector para que cumpla de la mejor manera posible su papel como inversionista institucional.

Una de las razones que con mayor frecuencia se utiliza para justificar la intervención gubernamental en la reglamentación del sector asegurador, deriva de que entre las partes contratantes hay problemas de asimetría en información, ya que los asegurantes no tienen la capacidad necesaria para supervisar que la institución mantenga una adecuada situación financiera y se apege tanto a la ley como a los principios técnicos adecuados. Aun si tuviera esa capacidad de supervisión, el costo social de la supervisión individual superaría sin lugar a dudas el costo asociado a un organismo especializado de supervisión.

En México, la facultad de supervisión corresponde a la **COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS**, órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el cual fue creado mediante decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de enero de 1990.

De conformidad con el Reglamento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de Inspección, Vigilancia y Contabilidad (RCNSyF), publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 22 de noviembre de 1990, dicha Comisión se encuentra expresamente investida de las facultades de inspección y vigilancia de las instituciones y sociedades autorizadas para operar en materia de seguros y fianzas en nuestro país, así como otras atribuciones en materia de contabilidad y procedimientos de intervención (Art. 2o. RCNSyF).

Al efecto, el citado reglamento obliga a las personas físicas y morales sujetas a la inspección y vigilancia de la CNSyF, a prestar a los visitadores o inspectores encargados de la práctica de las visitas, todo el apoyo que requieran, proporcionando datos, informes, registros, libros de actas, auxiliares, documentos, correspondencia, y en general la documentación que los

mismos estimen necesaria para el cumplimiento de su cometido; de tal forma la visitada deberá dar acceso irrestricto a las fuentes de información indicadas, oficinas, locales y demás instalaciones (Arts. 3 y 4 RCNSyF).

El citado reglamento señala los mecanismos mediante los cuales la CNSyF podrá ejercer sus atribuciones, los cuales podemos agrupar atendiendo a sus facultades: (2)

A) INSPECCION

- Se prevé que la facultad de inspección podrá ser ejercida a través de visitas ordinarias, especiales y de investigación. Al efecto las ordinarias se formularán de tal modo que se realicen con la frecuencia que la experiencia y las necesidades lo ameriten; las especiales se practicarán para examinar y en su caso corregir situaciones especiales operativas y las de investigación para revisar, aclarar o evaluar situaciones específicas (Arts. 7, 8, 9 RCNSyF).
- La inspección que practica la CNSyF tendrá por objeto revisar, verificar, comprobar y evaluar los recursos, obligaciones y patrimonio de las personas sujetas a la misma, así como las operaciones, funcionamiento, sistemas de control y, en general, todo lo que pudiera afectar la posición financiera y legal, a fin de que se ajusten al cumplimiento de las disposiciones aplicables a la materia (Art. 8 RCNSyF).
- Para la práctica de la citada atribución, se requerirá orden

3. Ver Reglamento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de Inspección, Vigilancia y Contabilidad, Diario Oficial de la Federación de fecha 22 de noviembre de 1990.

expresa del servidor público competente de la Comisión, la que se dará en oficio dirigido a la persona (de las señaladas en el Art. 10. RCNSyF), y deberá contener los requisitos del artículo 39, fracciones I, II, V, y VIII del RCNSyF, el cual se notificará a la misma o su representante (Art. 10 RCNSyF).

- Cabe señalar que los visitadores o inspectores asignados, carecen de facultades ejecutivas respecto de la institución o persona en que se encuentran comisionados; por lo tanto se abstendrán de ordenar ajustes, castigos y cualquier otro movimiento contable. Las situaciones identificadas que ameriten algún tipo de acción o medida inmediata, deberán ser comunicadas al superior jerárquico a fin de que la Comisión determine lo conducente (Art. 14 CNSyF).
- De toda visita de inspección deberá formularse un informe general, (en el que se incluirán los parciales), en los que darán cuenta de los hechos y documentos que se refieran a los aspectos cuantitativos y cualitativos determinados durante la visita y deberán ser elaborados exclusivamente por personal de la Comisión (Arts. 16, 17 y 18 RCNSyF).

B) VIGILANCIA

- La vigilancia que ejercerá la Comisión consistirá en cuidar que las personas sujetas a ella, cumplan con las disposiciones de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Ley Federal de Instituciones de Fianzas, así como las demás leyes aplicables (Art. 24 RCNSyF).
- Esta facultad se ejercerá mediante la comprobación y evaluación sistemática del funcionamiento, servicios y operación de las ins-

tituciones y personas a que se refiere el reglamento, para cuidar el cumplimiento de las disposiciones legales aplicables y prevenir, identificar, y en su caso, corregir oportunamente las situaciones que puedan afectar su estabilidad, solvencia eficiencia y productividad.

C) CONTABILIDAD

- Al respecto, las personas físicas y morales sujetas al reglamento en comento, están obligadas a llevar en forma regular, libros y registros de contabilidad en los que se harán constar el día, todas las operaciones que se realicen y signifiquen variaciones al activo o pasivo, para lo cual podrán adoptar un sistema de registro previamente aprobado por la CNSyF y con apego al catálogo de cuentas uniforme e instructivo correspondiente que para cada tipo de institución, organización o entidad apruebe la Comisión. (Arts. 32, 33, y 34 RCNSyF).

3) AUTORIZACION PARA REALIZAR OPERACIONES ACTIVAS DE SEGUROS

Su exigencia obedece al principio de que los riesgos asegurados por residentes dentro de las fronteras del país deben estar cubiertos por instituciones licenciadas para operar en el país.

Conforme al artículo 5 de la LGISMS, para organizarse y funcionar como institución de seguros se requiere autorización del Gobierno Federal, quien la otorgará discrecionalmente, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito-

to Público, para operar en una o más de las siguientes operaciones de seguro (Art. 7 LGISMS):

- I. Vida
- II. Accidentes o enfermedades, en alguno o algunos de los ramos siguientes:
 - a) Accidentes personales;
 - b) Gasto médicos, y
 - c) Salud;
- III. Daño, en alguno de los ramos siguientes:
 - a) Responsabilidad
 - b) Marítimo y Transportes
 - c) Incendio
 - d) Agrícola
 - e) Automóviles
 - f) Crédito
 - g) Diversos
 - h) Terremoto y otros riesgos catastróficos, y
 - i) Especiales declarados por la SHCP conforme al artículo 9 LGISMS.

Dentro de la operación de vida quedan comprendidos los seguros que tengan como base del contrato, riesgos que puedan afectar la persona del asegurado en su existencia. Se considerarán comprendidos dentro de estas operaciones los beneficios adicionales que, basados en la salud o en accidentes personales, se incluyan en pólizas regulares de seguros de vida.

También se considerarán comprendidos dentro de estas operaciones, los contratos de seguros que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro de personas, ya se bajo esquemas privados o derivados de las leyes de seguridad social.

El concepto de autorización previa se amplía para abarcar también a los agentes de seguros. Para intervenir en la contratación de seguros, mediante el intercambio de propuestas y aceptaciones, y en el asesoramiento para celebrar, conservar o modificar los contratos de seguros, se requiere la autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF). Con ello se pretende dar a la actividad aseguradora cierto nivel de profesionalismo en beneficio del público usuario.

Por otra parte, la legislación mexicana prohíbe a toda persona física contratar seguros de personas con empresas extranjeras, cuando el asegurado se encuentre en la República al celebrarse el contrato.

Al igual que en otros países, la legislación mexicana permite que en los casos en que las empresas aseguradoras facultadas para operar en el país no puedan o estimen inconveniente realizar determinada operación de seguros, se contrate con una empresa extranjera, directamente o a través de una compañía de seguros nacional. Esta posibilidad se sujeta a previa autorización discrecional por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

En cualquier caso se permite a la autoridad graduar la entrada conforme considere que una mayor participación de empresas en el sector redunde en el beneficio del usuario del seguro.

4) REQUISITOS LEGALES PARA LA CONSTITUCION DE LA ASEGURADORA

El marco legal del seguro mexicano se integra, como ya se ha comentado, por dos leyes que lo regulan de forma directa:

- A) La que rige al contrato de seguro como acto sustantivo de la asunción técnica de los riesgos ajenos. (Ley Sobre el Contrato de Seguro). y
- B) La regulación que se aplica a quienes ofrecen el servicio de aseguramiento en cuanto a la forma y términos conforme a los cuales deben desarrollarlo (Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros).

La legislación mexicana exige que las instituciones interesadas en ofrecer seguros en la República Mexicana cumplan con algunos requisitos de organización, entre los que destacan:

- I. Deben de constituirse como sociedades anónimas de capital fijo o variable o bien como sociedades mutualistas de seguros (Arts. 1, 29 y 78 LGISMS).
- II. Su composición de capital está regulada, indicándose que por razón del origen de los accionistas que suscriban el capital, las instituciones se seguros podrán ser de capital total o mayoritariamente mexicano, o de capital total o mayoritariamente extranjero, en cuyo caso dichas instituciones serán consideradas como filiales de instituciones financieras del exterior, siendo aplicables los artículos 33-A a 33-N de la LGISMS (Art. 29, fracción I-Bis, LGISMS).
- III. En el caso de las instituciones de seguros con capital mayoritariamente mexicano, se prohíbe la participación, en el capital social pagado, de instituciones de crédito, sociedades mutualistas de seguros, casas de bolsa, organizaciones auxiliares del crédito, sociedades operadores de sociedades de inversión y casas de cam-

bio: asimismo se establece que personas físicas y morales extranjeras y distintas de las señaladas, podrán adquirir acciones representativas de capital social de las instituciones de seguros, condicionando a que la inversión mexicana sea siempre mayoritaria y mantenga la facultad de determinar el manejo y control efectivo de la institución (Art. 29, fracción II, inciso a), LGISMS).

- IV. La oferta del seguro, se tiene que sujetar a los lineamientos contenidos en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que se detallaron anteriormente.

Igualmente, la legislación mexicana, propiamente la Ley de Inversión Extranjera (LIE)⁽⁴⁾, cuyo objeto es la determinación de reglas para canalizar la inversión extranjera hacia el país y propiciar que ésta contribuya al desarrollo nacional (Art. 1o. LIE), en su artículo 7, fracción III, inciso e), señala que la inversión extranjera en las instituciones de seguros, podrá ser hasta en un 49% del capital social, límite que no podrá ser rebasado directamente, ni a través de fideicomisos, convenios, pactos sociales o estatutarios, esquemas de piramidación o cualquier otro mecanismos que otorgue control o una participación mayor a la que se establece, salvo la excepción de los agentes de seguros.

En el caso de las actividades económicas como las que realizan los *agentes de seguros* (Art. 8, fracción VIII, LIE), se requerirá resolución favorable de la Comisión Nacional de Inversiones Extranjeras (CNIE) para que la inversión extranjera participe en un porcentaje mayor al 49%.

4. Ver Ley de Inversión Extranjera, Diario Oficial de la Federación de fecha 27 de diciembre de 1993, con reformas publicadas el 24 de diciembre de 1996.

Asimismo, la LIE prevé la existencia de *inversión neutra*, la cual no se computará para determinar el porcentaje de inversión extranjera en el capital social de las empresas mexicanas. De tal forma, la inversión neutra es aquella realizada en sociedades mexicanas o fideicomisos autorizados, la cual únicamente otorgará (respecto de la sociedad o fideicomiso), derechos pecuniarios a sus tenedores y, en su caso, derechos corporativos limitados sin derecho de voto. Igualmente se considera inversión neutra la inversión extranjera en acciones sin derecho a voto o con derechos corporativos limitados, previa autorización de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNByV).

De tal forma tenemos que la existencia de restricciones se explica desde el punto de vista de adecuación a la esfera competitiva y permanencia dentro de los parámetros que la autoridad estima como adecuados. En el caso de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se debe a la existencia de asimetría de información que permitiría que la aseguradora abusara de la ignorancia relativa del asegurado.

5) REQUISITOS DE CAPITAL SOCIAL Y RESERVAS CON CARGO AL CAPITAL

Por lo que toca a la capitalización de las empresas aseguradoras, la ley prevé dos tipos de requerimientos.

En primer lugar, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público establece un capital pagado mínimo para cada operación o ramo. En segundo lugar deben de mantener recursos patrimoniales por arriba de ciertos requerimientos de solvencia.

De esta forma, para 1997, el capital mínimo pagado con el que deberán contar las instituciones de seguros para cada operación o ramo que se les haya autorizado practicar será⁽³⁾:

| OPERACION | RAMO | CAPITAL MINIMO PAGADO EXPRESADO EN UDIS |
|------------------------------|------|---|
| Vida | | 6'816.974 |
| Accidentes y Enfermedades | | 1'704.243 |
| Daños | Uno | 5'112.730 |
| | Dos | 6'816.979 |
| | Tres | 8'521.217 |
| Reafianzamiento | | 6'091.923 |

Los requisitos de capital pagado mínimo se les exigen a las compañías de seguros de prácticamente todo el mundo. Generalmente se exige un volumen superior de capital para la operación de vida respecto el exigido para otras clases de seguros, debido a la naturaleza de largo plazo de la operación.

La participación extranjera en la industria del seguro es una justificación adicional para exigir recursos mínimos de capital, ya que los compromisos de las compañías aseguradoras transnacionales usualmente escapan a las instancias supervisoras nacionales. Este fue el caso de México mientras se

3. *Diario Oficial de la Federación del 27 de marzo de 1997, pág. 4. Cabe señalar que a partir de 1997, con la reforma al artículo 29, fracción I, de la LGISMS, el capital mínimo pagado con que deberán contar las aseguradoras para cada operación o ramo, será expresado en unidades de inversión (UDIS).*

mantuvo la presencia de aseguradoras extranjeras directas operando sea como sucursales o como agencias de representación.

El capital pagado no es el único recurso de capital que se utiliza para respaldar la operación de las aseguradoras. Cuentan también con algunas reservas con cargo a capital que deben constituir en los términos en que los exige la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y la Ley General de Sociedades Mercantiles.

El objetivo de los requisitos de capital y de las reservas es mantener a las compañías en condiciones adecuadas en función de seguridad y liquidez, para cubrir posibles desviaciones en la siniestralidad o pérdidas que se producen en el mercado sobre los valores en que están invertidas las reservas técnicas.

Una de las reformas introducidas al marco legal en 1990 formaliza el vínculo entre los recursos de capital y la capacidad de emisión, exigiendo a las compañías un determinado margen de solvencia. En México el margen de solvencia de determina en función del capital mínimo de garantía (CMG).

El CMG pretende "consolidar la estabilidad y seguridad patrimonial de la sociedad para atender los resultados de eventos extraordinarios no considerado en materia de desviaciones en siniestralidad, inversiones y solvencia de reaseguradoras"⁽⁶⁾

6. Véase "Reglas por las que se fijan los Procedimientos de Cálculo que deben aplicar las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros para determinar su capital mínimo de garantía", publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 12 de noviembre de 1990, y modificadas por acuerdos publicados el 12 de enero de 1991, 4 de marzo y 30 de marzo de 1994.

El esquema del margen de solvencia reconoce, por un lado, los recursos con los que cuenta la aseguradora para hacer frente a las desviaciones a las que se refiere el párrafo anterior; y por otro a las exigencias técnicas de la operación en materia de desviaciones.

Los recursos con los que cuenta la aseguradora son:

- a) Capital Contable Afecto.
- b) Reserva de Previsión.

El primero se encuentra integrado por el capital contable menos algunos castigos que las propias reglas establecen relacionados con faltantes en la cobertura de inversión o inversiones por año por arriba de límites reglamentarios en algunos rubros.

Respecto de la reserva de previsión, su propósito es apalancar, junto con la diferencia entre el capital contable y el activo fijo, la operación del seguro ante posibles desviaciones en la siniestralidad de retención.

El nivel óptimo de la reserva debe variar de acuerdo al requerimiento de solvencia que se considere adecuado y a la proporción de este margen de solvencia que se desea cubrir con la misma. En el caso concreto de México, se decidió que la reserva de previsión cubriera la mitad de los recursos de capital exigido.

Las instituciones de seguros pueden dejar de incrementar la reserva de previsión social total, si el monto de la reserva es igual o superior al 50% de la cantidad que corresponda en cada caso al requerimiento de capital.

En cuanto a las exigencias técnicas de la operación de vida, el capital mínimo de garantía será igual a la cantidad que resulte de aplicar al 0.06%

al promedio de las sumas aseguradas de los últimos doce meses, anteriores a la fecha de su determinación. Este cálculo resulta, en teoría, igual a dos desviaciones en la siniestralidad de retención de cada compañía.

Se exige a las compañías que guarden cierta capacidad patrimonial limitando el papel de la capitalización como variable de competencia. Esto redundará en beneficio de la solvencia y por tanto de la estabilidad pero encarece en promedio la actividad aseguradora.

6) CONTROL DE TARIFAS POR PARTE DE LA AUTORIDAD SUPERVISORA

Algunos países llevan el principio de protección al asegurado al extremo de regular la prima de tarifa que pueden cobrar. Esta supervisión toma diferentes formas en los distintos países. En algunos se exige tan sólo el registro de las tarifas; en otros se exige que la prima de tarifa sea suficiente. Otro esquema consiste en que las aseguradoras cobren según la tarifa establecida por un organismo especializado; una modalidad de este último caso es que las aseguradoras sean miembros de una oficina tarificadora.

En México se exige que las primas sean, entre otras:

- * Suficientes para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que contraigan con los asegurados.

- * Homogéneas para riesgos iguales (con independencia de la aversión al riesgo de los compradores).

Para el caso concreto de la cobertura de vida, si una institución de seguros cubre una prima o extraprima superior a la que debería cubrirse para los riesgos de la misma clase que la propia institución opere, el asegurado tendrá la opción de que se le devuelva el exceso cobrado y su rendimiento, o a que se le aumente la suma asegurada.

El tema regulatorio que con mayor claridad distingue a un modelo de mercado de seguros de otro es la forma como están reglamentadas las tarifas.

En los mercados en los que la libertad en materia de tarifas en absoluta, esta libertad se traduce en matices multicriterios que capturan las características más sutiles necesarias para catalogar con precisión el riesgo que el individuo representa para la empresa. En esquemas diferentes las tarifas se mantienen estrictamente reguladas y las hipótesis de segmentación del mercado o de discriminación en atención al riesgo se encuentran severamente limitadas pues los buenos riesgos cargan con el peso de la mutualidad y la subsidian.

III. ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO

Del concepto de seguro transcrito (Art. 1 LCS), resulta la existencia de dos elementos personales: la aseguradora y el tomador o contratante; y por otra parte tenemos dos elementos objetivos: realizar el pago de la prima y resarcir el daño o pagar una suma de dinero.

De la documentación realizada para la elaboración de este trabajo, se obtuvieron algunos otros elementos que podemos considerar en un momento dado, elementos de "existencia" del contrato de seguro; al efecto se realizó la siguiente clasificación:

1) ELEMENTOS PERSONALES

En todo contrato encontraremos el elemento personal, esto es, las partes, que en nuestro caso son:

A) ASEGURADORA

Con anterioridad se señaló que en el contrato de seguro, únicamente puede fungir como aseguradora la empresa constituida ex-profeso y legalmente autorizada para celebrarlo, situación que nos confirma la LCS en su artículo 2o., indicando que sólo podrán organizarse y funcionar en apego a la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Esta última, LGISMS, en su artículo 10. señala que serán sólo las instituciones de seguros (entiéndase sociedades anónimas según lo establecido en el artículo 29 de la LGISMS), las sociedades mutualistas de seguros y las instituciones nacionales de seguros.

Cabe hacer la aclaración de que las empresas aseguradoras pueden ser sociedades anónimas o mutualistas. Las primeras a su vez actúan como instituciones nacionales cuando el 50% o más de su capital social se encuentra en manos del gobierno federal o algún organismo estatal o bien cuando existe una serie especial de acciones que solamente pueden ser adquiridas por el gobierno federal; en oposición, son instituciones privadas, aquéllas en las que no operan ninguno de los supuestos citados.⁽⁷⁾

Por otra parte, la autorización a que se ha hecho referencia, compete otorgarla discrecionalmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, tal como lo contempla el artículo 50. LGISMS; dicha autorización deberá ser otorgada anticipadamente a la constitución de la sociedad, acompañando a la solicitud y autorización, copia del proyecto de escritura constitutiva o contrato social (Art. 16 LGISMS).

B) TOMADOR O CONTRATANTE

Cualquier persona física o moral puede actuar como tomador o contratante de un seguro, tanto en nombre y cuenta propios como en interés de un tercero.

7. *Lo anterior no significa que las Instituciones nacionales de seguros conformen una tercera modalidad de empresa de seguros, sólo indica el carácter de una sociedad anónima cuya tenencia de acciones corresponde al Gobierno Federal en una proporción del 50% o más del capital social. Ver arts. 10., 20. segundo párrafo, 5, 7, 16, 20 último párrafo, 19 fracción II, de la LGISMS.*

Tenemos así que el tomador o contratante es la persona física o moral que comparece con su firma a la empresa aseguradora.

Al momento cabe hacer la distinción entre contratar en interés propio o de un tercero, toda vez que la calidad de tomador o contratante no siempre incide en la persona del asegurante.

C) ASEGURANTE

El *asegurante* en el seguro de daños es aquella persona física o moral cuyo interés económico en la cosa, se cubre con el seguro; y en el seguro de personas, será *asegurante* la persona física de cuya integridad, existencia o salud se contrata la cobertura (Art. 151 LCS).

Respecto a la distinción que se hizo referencia, es conveniente indicar que el carácter de *asegurante* puede coincidir con el de tomador, en el caso en que este último contrate a nombre propio; en el caso en que contrate a cuenta de un tercero, aun sin la designación expresa, éste último tendrá el carácter de *asegurante*. No obstante lo anterior, el artículo 11 LCS señala que en caso de duda se presumirá que el tercero contratante obra por cuenta propia.

Por otra parte, en relación al término asegurante, es conveniente señalar que la propia Ley Sobre el Contrato de Seguro emplea el término *asegurado*; al respecto se debe tener presente, como se analizará en el desarrollo de este trabajo, que en realidad lo que se asegura no es la persona del titular del *interés asegurable* o la cosa, sino que "se aseguran los intereses que

tienen relación con determinados objetos o personas"¹⁸, es por tal motivo que considero que el empleo del término asegurado es más conveniente para indicar el interés asegurado, e inclusive podría señalarse para determinar la cosa (seguro de daños), sobre la cual se establece la relación que da origen al interés asegurable; de tal forma en el desarrollo del presente trabajo, se empleará el término asegurante, entendiéndose a éste como la persona cuyo interés económico en la cosa, se cubre con el seguro o bien aquélla de cuya integridad, existencia o salud se contrata la cobertura.

D) BENEFICIARIO

También puede ser persona física o moral: es el titular del derecho de pago de la suma asegurada por razón del interés económico sobre la cosa asegurada (seguro de daños); o bien por habersele designado así o por su carácter de heredero (seguro de personas).

Vale señalar que la ley sólo contempla dos elementos personales, pero para efectos prácticos, se incluye por separado al asegurante y al beneficiario, pues tales caracteres no siempre coinciden en la persona del tomador.

2) ELEMENTOS DE EXISTENCIA

Los elementos indicados anteriormente son sólo los derivados de la definición que nos da la LCS, pero hay otros elementos del contrato que en unión

8. Ver Rodríguez Rodríguez Joaquín, Curso de Derecho Mercantil. México, Porrúa, 1991, pág. 176.

con los ya citados configuran la existencia del contrato de seguro.

A) EL RIESGO

La común definición del riesgo, también aplicable al seguro, es la posibilidad de que ocurra un acontecimiento dañoso. Tenemos pues que la incertidumbre y el daño son elementos del riesgo, pues donde haya la certidumbre de un acontecimiento dañoso no habrá seguro. (seguro de daños). En el caso del seguro de vida, tal incertidumbre no radica en la realización del acontecimiento muerte, sino en el momento de su realización.

B) LA BUENA FE

Hay autores que consideran a la buena fe como el elemento de existencia esencial de todo contrato. De cualquier forma la LCS en su artículo 47 contempla el principio de la buena fe, al establecer que cualquier omisión o inexacta declaración con respecto al riesgo, faculta a la aseguradora para rescindir el contrato.

3) ELEMENTOS OBJETIVOS DEL CONTRATO

Dentro del rubro de elementos objetivos del contrato de seguro se incluyen las obligaciones básicas que adquieren las partes en la celebración del mismo, entre ellas se encuentran:

- * La obligación de resarcir el daño (seguro de daños), o de pagar una suma en efectivo (seguro de personas) al ocurrir el acontecimiento previsto al contratar.

- * La obligación que asume el tomador del seguro de pagar la prima correspondiente.

De ambos elementos se abundará posteriormente, principalmente en lo que se refiere a la naturaleza jurídica de la prestación a cargo de la aseguradora.

4) EL OBJETO DEL CONTRATO

A) INTERES ASEGURABLE

Al respecto hay quienes incluyen al interés asegurable como un elemento de existencia del seguro. Por mi parte prefiero contemplarlo como objeto del contrato.

La presencia del interés asegurable se percibe del artículo 10. LCS, pero sobre todo del artículo 85 de la LCS, que señala que todo interés económico que una persona tenga en que no se produzca el siniestro podrá ser objeto del contrato de seguro (seguro de daños) y en el artículo 152 LCS, que prevé que todo interés que se tenga en la afectación a la vida, integridad física y salud vital podrá ser objeto del contrato de seguro, (seguro de personas).

5) EL PRINCIPIO INDEMNIZATORIO

Dado que la finalidad del seguro puede traducirse en la transferencia de las consecuencias del riesgo, o bien la asunción del siniestro, el efecto mediato sería la obligación de indemnizar, es decir, resarcir el daño y en el caso del seguro de personas, pagar la suma de dinero determinada en el contrato.

Es precisamente en la controversia surgida en relación con el interés asegurable y el principio indemnizatorio en el seguro de personas, en donde se centra este trabajo.

IV. CELEBRACION DEL CONTRATO

Por ser el contrato se seguro un contrato consensual, se hablará en este capítulo de la oferta del contrato que debe hacer el asegurante, y de la aceptación de la misma por parte de la empresa aseguradora: punto importante para determinar el momento de perfeccionamiento del contrato y celebración del mismo.

1) LA OFERTA

Estamos en presencia de lo que podemos denominar la etapa precontractual del contrato de seguro: la oferta.

Por oferta debemos entender la "declaración unilateral de voluntad de una persona que contiene los elementos necesarios para la celebración de un contrato que se hace a otra persona, en forma seria y con el ánimo de cumplirla en su oportunidad".(9)

La oferta según nuestra Ley Sobre el Contrato de Seguro, la hace en forma escrita el tomador del seguro a la aseguradora: esto es, el tomador del seguro debe tener la iniciativa de proponer a la aseguradora la celebración de un contrato de seguro y es aquél quien formula la oferta en forma expresa, según se aprecia en el artículo 8 de la propia LCS. Esto implica, que una vez efectuada la oferta, la misma obliga en sus términos al tomador del seguro por el término de 15 días o de 30, en el caso de que sea

9. Cfr. Díaz Bravo Arturo, Contratos Mercantiles, México, Harla, 1993, pág. 139 y sigs.

necesaria la expedición de un examen médico. Se dice que la oferta obliga al tomador del seguro en sus términos, ya que la misma no se puede modificar ni alterar una vez que la empresa aseguradora acepte dicha oferta.

Tal obligación será válida siempre y cuando al momento de formularse la oferta se hayan establecido las condiciones generales sobre las cuales se ajustará el contrato en caso de aceptación.

Cabe mencionar además que la aseguradora cuenta con el mismo término de 15 días o 30 días para notificar al tomador del seguro la aceptación de la oferta.

En caso contrario se entenderá que la misma no fue aceptada. Sólo cuando se trate de prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato de seguro y la empresa aseguradora no conteste en el término de 15 días, se entenderá que la oferta fue aceptada previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

2) DOCUMENTACION. "EL FORMULARIO"

En la práctica real del contrato de seguro las cosas no suceden tal como lo señala la ley. Cuando una persona tiene necesidad de contratar un seguro, ya sea de daños y cosas o de personas, efectivamente acude a una empresa aseguradora, y es precisamente en la empresa aseguradora donde un agente de seguros le ofrece un contrato de seguro al tomador, de acuerdo a las "necesidades" de éste y con planes previamente establecidos. Este tipo de planes están asentados en formularios que manejan todas las empresas aseguradoras, mismos que al igual que toda la documentación que las mismas utilizan para la

oferta y celebración de cualquier tipo de contrato de seguro deben estar autorizados y aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

3) ACEPTACION DE LA OFERTA. CONSENSUALIDAD

Una vez que la aseguradora acepta la oferta del tomador del seguro, debemos entender que el contrato se tiene por perfeccionado y por lo tanto por celebrado.

Cabe mencionar que el contrato de seguro es un contrato eminentemente consensual, pues así se establece en el artículo 21 de la LCS, mismo que dice:

"ARTICULO 21 LCS.- El contrato de seguro:

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

II.- No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza ni de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tiempo o condición de pago de la prima."

Por lo tanto en el justo momento en que el tomador del seguro tenga conocimiento de la aceptación por parte de la aseguradora, se tendrá por perfeccionado el contrato, y por lo tanto desde mi punto de vista, se tendrá

por celebrado, puesto que la ley maneja indistintamente los dos conceptos⁽¹⁰⁾, y es en ese momento cuando surte sus efectos jurídicos dicho contrato.

La consensualidad del contrato de seguro encuentra una pequeña pero significativa contradicción en la LCS, en cuanto a que la misma sólo acepta dos únicas posibles formas para probar la celebración del contrato, y que son la póliza y la confesión de la aseguradora. En caso de que esta última tenga el interés de demostrar la existencia del contrato, tendrá que probar que el tomador del seguro tuvo conocimiento de la aceptación.

Es aquí donde entra la pequeña contradicción que de alguna manera al que podría perjudicar sería al tomador o contratante, pues tomando en cuenta que el seguro se perfecciona por el simple consentimiento cómo es que se acepta una prueba documental de su existencia.

En el caso de que fuera el tomador o contratante el interesado en probar la existencia del contrato de seguro y partiendo del supuesto de que el mismo no puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza, únicamente estaría en posibilidad de probarlo mediante la confesional, y si a esto agregamos el dolo y mala fe con que suelen conducirse algunas aseguradoras, resultaría verdaderamente difícil probar la celebración del contrato, dado el carácter consensual del mismo.

10. *Nótese como en los artículo 9 y 21 fracciones I y III de la LCS se emplean indistintamente y en el mismo sentido, los términos celebrar y perfeccionar.*

4) LA POLIZA. SU NATURALEZA

La palabra póliza deriva del latín *pollicitatio* que significa promesa. Pues bien, como ya se indicó, la póliza no es el contrato de seguro, aunque muchos suelen confundirlos; la póliza sólo tiene un carácter probatorio cuando se trata de acreditar la existencia del contrato de seguro. De conformidad con el artículo 19 de la LCS, la póliza puede definirse como el documento escrito para fines de prueba, en el cual consta el contrato de seguro, sus adiciones y reformas.

Esto le ha restado importancia a la póliza, pues no hay que olvidar que es precisamente en la póliza donde se contienen las condiciones y características del contrato de seguro, tal como nombres, domicilios y firma de los contratantes; designación de la cosa o persona asegurada; la naturaleza de los riesgos garantizados; el momento a partir del cual se garantiza el riesgo; la duración de la garantía y el monto de la garantía; la cuota o prima del seguro de acuerdo con la LCS (Art. 20 LCS).

Generalmente las pólizas son machotes impresos, mismos que deben estar debidamente aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y por lo tanto si el contenido de la póliza del seguro no concuerda con los términos en que se contrató el mismo, el tomador del seguro cuenta con 15 días para aclarar tal situación; en caso contrario tendrá que sujetarse a lo que establece la póliza.

Según lo determinada el artículo 29 de la LCS, las pólizas pueden ser nominativas, al portador o a la orden. Esto ha desatado una serie de controversias entre diversos autores al querer otorgarle a póliza la naturaleza de

verdadero título de crédito. Tesis que sido denegada con los siguientes argumentos:⁽¹¹⁾

- A) La póliza carece del atributo de la incorporación, pues, ciertamente no es documento necesario para ejercitar el derecho al pago.
- B) Carece del atributo de la autonomía puesto que el cesionario o endosatario de una póliza adquiere los derechos y obligaciones del causante original.
- C) De igual forma, carece del atributo de literalidad, puesto que la póliza contiene la cantidad máxima de su responsabilidad, siempre y cuando se llegue a realizar el riesgo previsto en la misma.

11. *Díaz Bravo Arturo, Op. Cit., pág. 144 y sigs.*

V. LA PRIMA

1) CONCEPTO

La prima es la contraprestación que el tomador del seguro debe pagar a la empresa aseguradora. Ante todo hay que decir que la obligación del tomador siempre será en dinero, por tratarse de un contrato oneroso y bilateral.

2) LA PRIMA COMO OBLIGACION

Como se mencionó ya, la prima es la principal obligación por parte del tomador del contrato de seguro, por tratarse de un contrato bilateral. Esto quiere decir que el contrato engendra obligaciones para ambas partes y dichas obligaciones tienen interdependencia entre sí: por lo tanto el incumplimiento del pago de la prima, provoca que no nazca la obligación por parte de la aseguradora de responder por los daños ocasionados por la realización del riesgo, salvo una marcada excepción en la que más adelante se abundará.

Lo anterior se deduce del artículo 1o. de la LCS, que señala que la aseguradora se obliga a cubrir un riesgo mediante el pago de una suma de dinero, misma suma a la que la ley le da el nombre de prima, (Arts. 31 - 34 LCS).

3) PAGO DE LA PRIMA

Primeramente debemos determinar quién debe pagar la prima. Siguiendo con la temática, en primer término quien tiene la obligación de pagar la prima es el contratante del seguro, quien puede tener el carácter de asegurante, como se ha mencionado con anterioridad.

Pero como también se vio, el contratante del seguro puede actuar por cuenta de un tercero, caso en el cual también tiene la obligación de pagar la prima, y en caso de que resulte insolvente el contratante, la aseguradora podrá reclamar del asegurante el pago de dicha prima. (Art. 32 LCS).

Generalmente el pago de la prima se debe efectuar en el domicilio del contratante, salvo estipulación expresa en contrario (Art. 31 LCS). Ahora bien, cuándo se debe pagar la prima: El artículo 34 de la LCS precisa que el pago de la prima vencerá al celebrarse el contrato, por lo que se refiere al primer periodo del seguro. De dicha disposición se desprende lo siguiente:

- A) Al momento en que se perfecciona y celebra el contrato de seguro, vence el pago de la prima.
- B) Cuando la ley hace mención al primer periodo se refiere a que generalmente el contrato de seguro se pacta por un año, mismo que puede ser prorrogable. Aunque también dicho periodo puede pactarse por 6 meses.

Ahora bien, al hacer referencia al vencimiento del pago de la prima, no se debe olvidar que el artículo 40 de la LCS otorga un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de celebración del mismo, para que el tomador haga pago de la prima. Esto es, al momento de la celebración del contrato de

seguro vence el pago de la prima, pero además el tomador cuenta con un plazo de 30 días naturales para su pago.

Considero que esta disposición debiera no determinar el vencimiento del pago de la prima al momento de la celebración del contrato, sino después de 30 días naturales siguientes a la celebración del mismo.

Por otra parte, como se señaló anteriormente, la obligación de pagar la prima recae sobre el contratante del seguro, independientemente de que el beneficiario, por convenio o por ley, pueda ser otro. Al respecto la LCS establece algunas excepciones, mismas que se señalan a continuación:¹²⁾

- A) Tratándose del seguro por cuenta de tercero, la aseguradora podrá solicitar dicho pago al beneficiario cuando el tomador o contratante resulte insolvente (Art. 32 LCS).
- B) La aseguradora no podrá rehusar el pago de la prima ofrecida por los acreedores privilegiados, hipotecarios o prendarios, terceros asegurantes, beneficiarios o cualquier otro que tenga interés en la continuación del seguro (Art. 42 LCS).
- C) Si el objeto asegurado cambia de dueño, los derechos que derivan del contrato de seguro pasarán al adquirente. De tal forma, el propietario anterior y el actual, quedarán obligados solidariamente al pago de las primas vencidas y pendientes al momento de la transmisión (Art. 106 LCS).
- D) El cobro de la prima corresponde a la aseguradora, no obstante, la misma puede autorizar a sus agentes para cobrarlas (Art. 14 LCS).

12. Ver Rodríguez Rodríguez, *Op. Cit.*, pág. 179 y sigs.

- E) La aseguradora carece del derecho para compensar créditos pendientes que tuviere con el contratante, excepto tratándose de compensación de primas y prestaciones debidas al beneficiario (Arts. 28 y 33 LCS).

El pago de la prima por sí misma, hace necesario el comentario de: anticipación, indivisibilidad y fraccionabilidad en el pago de la prima.

Anticipación. Por anticipación debemos entender que el pago de la prima se cubre anticipadamente al vencimiento de la cobertura del seguro.

Indivisibilidad. Cuando hablamos de indivisibilidad nos referimos a que la prima es única y no se puede dividir.

Fraccionabilidad. Muy ligada al concepto anterior, significa que si bien es cierto que la prima siendo única no es divisible, también lo es que se puede fraccionar para efectos de su pago. En este caso los períodos fraccionados serán de igual duración, sin ser inferiores a un mes y el vencimiento de dicho pago fraccionado vencerá al comienzo del período que comprenda. Tal mecanismo, legalmente permitido, sólo tiene por efecto facilitar su pago, y no por ello ha de considerarse dividida.⁽¹³⁾

4) INCUMPLIMIENTO DEL PAGO

Como ya se había comentado, existe un plazo de 30 días naturales desde el momento de la celebración del contrato para el pago de la prima. Y es en

13. Cfr. Díaz Bravo, *Op. Cit.*, pág. 145.

este plazo donde se distinguen las dos posibilidades de incumplimiento del pago de la prima.

En primer término, si dentro de dicho plazo se produce el riesgo determinado en la póliza, aunque el contratante no haya pagado la prima, la aseguradora tiene la obligación de cubrir los daños ocasionados por la realización del siniestro, deduciendo de dicho pago el monto de la prima que le correspondiera pagar al tomador. En sentido estricto no habría incumplimiento en el pago de la prima, porque aún no ha vencido el plazo de gracia de 30 días (Art. 40 LCS).

Por lo que hace a la segunda y real posibilidad de incumplimiento, ésta se efectúa a las doce horas del último día del plazo de gracia, según lo dispone el artículo 40 de la LCS, lo cual ocasiona que el contrato no surta sus efectos legales. Esto es, si el tomador del seguro no paga la prima dentro de los 30 días naturales siguientes a la celebración del contrato, el contrato de seguro no surte sus efectos legales. Por lo tanto, si después de este lapso se produce el siniestro, la aseguradora no estará obligada a responder por el mismo.

VI. EL RIESGO Y EL INTERES ASEGURABLE

1) EL RIESGO

Anteriormente se señaló el concepto de riesgo aplicable al contrato de seguro, citándolo como el elemento esencial del seguro: la posibilidad de que exista un acontecimiento dañoso, al grado que si no existe esa posibilidad y un daño, no hay riesgo.⁽³⁴⁾

Dos elementos característicos del riesgo son la incertidumbre y el daño. Por lo que hace a la incertidumbre, debe darse ésta en cuanto a la realización del evento dañoso, pues si se tiene la certeza de que se realizará un acontecimiento dañoso no se podrá contratar seguro alguno: esto en el caso del seguro de daños.

En relación al seguro de personas la situación es muy distinta, de aquí que se haya comentado anteriormente que es muy difícil pensar en una definición uniforme del seguro.

La incertidumbre en el seguro de personas no siempre será en cuanto a la celebración del evento dañoso, pues en el caso del seguro de vida siempre se tiene la certeza de la muerte; en este caso la incertidumbre más bien radica en la interrogante de cuándo se producirá ésta.

La LCS en su artículo 151 señala que el seguro de personas podrá comprender cualquier riesgo derivado de la afectación que pueda sufrir la exis-

14. Magee John Henry. Seguros Generales. México, UTHEA, s.a., pág. 119 y sigs.

tencia, integridad, o salud de una persona. De aquí podemos derivar que el principio indemnizatorio (resarcir el daño) no es constante en todos los seguros, pues la misma ley señala el término afectación para el caso del seguro de personas. En el seguro de daños o cosas es evidente el daño que se puede sufrir, toda vez que el interés asegurable tiene carácter patrimonial.

A) RIESGO OBJETIVO

Los comentarios hechos con anterioridad han sido en referencia al riesgo objetivo: el acontecimiento dañoso, futuro e incierto, es decir, el riesgo en el que la incertidumbre del daño se da hacia el futuro; pero la LCS también prevé asegurar el riesgo subjetivo.

B) RIESGO SUBJETIVO

La LCS en el artículo 45 señala la posibilidad de un riesgo pretérito, señalando que los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos mediante convenio expreso. Esto es lo que llamaríamos riesgo subjetivo, aquél cuya realización o no en el pasado desconocen los contratantes.

Un requisito para la validez de un contrato de seguro con efectos retroactivos (Art. 45 LCS), será el absoluto desconocimiento de las partes

de la suerte que hayan corrido los bienes objeto del contrato durante la cobertura retroactiva, so pena de ser nulo.

2) MODIFICACION DEL RIESGO

Por cuanto hace a su existencia y gravedad, el riesgo oscila entre dos puentes, la desaparición o la agravación del mismo.⁽¹⁵⁾

A) DESAPARICION

La desaparición del riesgo, como es de suponerse, da lugar a la terminación anticipada del contrato, según lo establece el artículo 46 de la LCS, en virtud de la presencia latente de un riesgo y el interés en que éste no cause daño, que es lo que mueve al asegurante a tomar un seguro.

B) AGRAVACION

Esta modalidad se encuentra sujeta a una reglamentación más compleja. Si el riesgo se agravare durante la vigencia del contrato, el tomador o asegurante deberá comunicarlo a la aseguradora dentro de las 24 horas siguientes a su conocimiento; si omitiere tal situación se rescindirá el contrato automáticamente, según lo dispone el artículo 52 de la LCS.

El artículo 53 de la LCS señala como agravación todo hecho importante

15. Cfr. Oscar Vázquez, *Op. Cit.*, pág. 283.

para la apreciación del riesgo, de tal modo que de saber su existencia, la aseguradora no hubiera contratado en tales condiciones.

El principio de la buena fe ya citado, se encuentra presente en esta situación, pero la LCS también otorga una amplia facultad a la aseguradora, facilitándole la rescisión plena del contrato en caso de omisión o inexacta declaración del riesgo, aunque su responsabilidad no termina sino quince días después de comunicado al asegurante (Art. 56 LCS), siempre y cuando dicho comunicado sea entregado dentro de los 15 días siguientes a la notificación de la agravación del riesgo, pues de lo contrario se entenderá la renuncia de la aseguradora a rescindir el contrato y continuará vigente la cobertura (Art. 58-III LCS).

3) INTERES ASEGURABLE

A fin de evitar que el contrato de seguro llegase a derivar en apuesta o juego, o motivo para destruir la cosa asegurada y con ello tergiversar la finalidad del seguro, se acepta universalmente que para que el seguro resulte válido es necesario que exista en el asegurante un interés susceptible de ser asegurado.

De ahí la importancia del interés asegurable, "toda vez que constituye el objeto del contrato, siendo por ende su existencia, condición para legitimar el mismo, esto es, que resulte válido".⁽¹⁶⁾

16. *Borge Ernesto Eduardo, en Enciclopedia Jurídica Orbea. Buenos Aires, Bibliográfica Argentina, Tomo XVI, pág. 394.*

En principio puede considerarse que todo interés es asegurable, basándose en el principio de que todo lo que no está jurídicamente prohibido está jurídicamente permitido, sin embargo existen ciertas limitantes al interés asegurable. En el caso del seguro de daños, el tomador del seguro, o en su caso el tercero a favor de quien se contrata deben tener un interés en que el riesgo sobre el que se contrata no se convierta en siniestro, evitando una disminución patrimonial (Art. 85 LCS).

Tenemos que el interés asegurable en el seguro de daños es susceptible de valorarse en dinero, situación que se deduce del artículo 91 de la LCS, tomando en cuenta, para fijar la indemnización, el valor del interés asegurable al momento de ocurrir el siniestro.

A) ELEMENTOS DEL INTERES

Si éste sólo puede considerarse con relación a un sujeto quien es el titular del mismo (interés) en relación con una cosa, encontramos que en el interés hay 3 elementos.

- * *Sujeto.* Persona física o moral que no desea el evento dañoso que provoque la pérdida patrimonial, el cual tiene frente a un bien el interés de conservarlo.
- * *Objeto.* Es la cosa asegurada, cualquier objeto apto para satisfacer una necesidad, con utilidad susceptible de valores y determinado.

- * *Relación.* La relación entre sujeto y objeto debe ser de naturaleza económica, esto es, es susceptible de valuarse, no basta la sola naturaleza moral.

El interés asegurable puede existir o no al iniciarse el contrato, dado que "no es esencial para realizarlo, pues los requisitos esenciales del contrato están en la prima y la cobertura; pero sí es condición de su validez, por lo que puede llegar a existir en el momento de ocurrir la pérdida"; de lo cual se desprenden tres momentos en que puede aparecer el interés asegurable:

- A) Es *presente* cuando existe al comienzo formal del contrato de seguro y coincide con el comienzo formal del contrato;
- B) Es *pasado* cuando existe al comienzo material del seguro y éste es anterior al comienzo formal, y
- C) Es *futuro* cuando no existe al comienzo formal del seguro pero su existencia es calculada, como es el caso del seguro flotante o de abono.

B) SU CARACTER INDEMNIZATORIO

a) En el Seguro de Daños

En este aspecto parece notorio que dada la relación del sujeto con el objeto o cosa asegurada, deviene en su interés por asegurar su patrimonio.

motivo por el cual acude con la aseguradora para que esta asuma las consecuencias del riesgo, resarciéndole de los daños.

b) En el Seguro de Personas

En este rubro la situación se torna más compleja, pues existen voces que reclaman la existencia de un interés asegurable y un principio indemnizatorio en el contrato de seguro sobre las personas, en especial el seguro de vida, proclamando el carácter unitario del contrato de seguro.

Otros más reparan la repugnancia de considerar al hombre una cosa susceptible de valorar y aún de concebir la relación económica entre el sujeto y su propio cuerpo.

En el seguro de personas se cubre también un interés económico el cual no siempre es constante sólo que no se habla de vinculación entre sujeto-objeto (cuerpo), sino que se habla de la tutela que el asegurante busca en relación con un evento dañoso que afecte su existencia, integridad o salud.

Tal opinión ha sido superada considerando al hombre no como un bien, sino como sujeto productivo y consecuentemente su trabajo es lo susceptible de valorarse¹⁸. En este caso la relación se daría entre el sujeto y el esfuerzo que realiza su propio cuerpo, situación congruente con lo establecido en el artículo 152 de la LCS.

Por cuanto al principio indemnizatorio del seguro, en este caso parece ser notorio que en el seguro de personas no es esencial, aún más cuando el

18. Ver Vázquez del Mercado Oscar, *Op. Cit.*, pág. 272 y sigs.

artículo 1o. de la LCS establece la dualidad del seguro, señalando que la aseguradora se obliga a resarcir el daño o PAGAR UNA SUMA DE DINERO, situación que aún es más clara en el seguro de vida en el que siempre habrá que pactarse una suma que no será indemnizatoria porque la vida humana es un valor ético que excluye cuantificación económica.

VII. EL SINIESTRO

1) CONCEPTO

Como se señaló anteriormente el riesgo es la posibilidad de que se realice un acontecimiento incierto que amenaza a cualquier persona en sí o en sus bienes y que le causa un daño o perjuicio. Dicho riesgo debe estar contemplado en la póliza de seguro.

Ahora bien, por *siniestro* debemos entender la realización del riesgo o acontecimiento contingente que amenazaba a una persona en sí o a sus bienes patrimoniales afectos a asegurarse. Como es de notarse ya no se maneja el término incierto, porque al momento de realizarse dicho riesgo ya no es incierto, ya es siniestro.

Por lo tanto hablamos de siniestro, cuando llega a realizarse el riesgo, cuando se realiza ese acontecimiento dañoso e incierto.

2) SALVAMENTO

La Ley Sobre el Contrato de Seguro dispone ciertas reglas que el asegurado debe seguir al momento en que se realice el siniestro.

En su artículo 65 y siguientes nos dice que tan pronto como el asegurado o su beneficiario tengan conocimiento del siniestro, deben dar aviso a la

empresa aseguradora por escrito y en un plazo de cinco días, contado a partir de tal acontecimiento.

Dicho aviso tiene el efecto de alegar el derecho que tiene constituido a su favor por la realización del riesgo. Así mismo la empresa debe responder en los términos de la póliza de seguro, con la obligación de asumir el siniestro y sus consecuencias.

De igual forma el asegurante debe informar con toda precisión las circunstancias que originaron el siniestro; en caso contrario las obligaciones de la aseguradora quedarán extinguidas si ésta comprueba que tanto el asegurante como su beneficiario la hacen incurrir en error declarando inexactamente los hechos. De igual forma la aseguradora quedará desligada de cualquier obligación, si dicho asegurante no da aviso de inmediato para cubrir los hechos que ocasionaron el siniestro.

Encontramos una nota peculiar cuando la ley determina que la empresa aseguradora no quedará obligada, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del asegurante o del beneficiario; y más adelante la misma ley nos dice que la aseguradora responderá del siniestro, aún cuando éste haya sido causado por culpa del asegurante o del beneficiario, y sólo se le eximirá cuando exista culpa grave.

Todo este tipo de reglas generalmente se encuentran contenidas en instructivos que las propias aseguradoras facilitan a los asegurantes, y donde les explican como deben de actuar en caso de que se realice el siniestro.

Existe la posibilidad que cuando se celebre el contrato de seguro, el siniestro ya se haya producido, caso en el que es obvio que el contrato de seguro no surtirá sus efectos jurídicos.

3) SUBROGACION

Esta institución jurídica, es definida de manera amplia como la sustitución de una persona en lugar de otra, y más concretamente como la "sustitución jurídica una de persona a otra, con el fin de permitir a la primera ejercer en su interés personal todo o parte de los derechos que pertenecen a la segunda" (1).

En el derecho mercantil, existen dos casos en los cuales opera la institución de la subrogación: los instrumentos negociables y el seguro.

Tenemos pues que en el caso del seguro, específicamente en el seguro de daños, la subrogación puede definirse como un derecho en virtud del cual el asegurador ocupa el lugar del asegurante con respecto al tercero responsable del siniestro ya indemnizado, hasta la concurrencia de la indemnización; dicha subrogación se impone contra los principios de enriquecimiento sin causa, doble indemnización y exención de responsabilidad en el caso del tercero responsable del siniestro.

Por su parte la LCS regula la subrogación en su artículo 11, mismo que señala:

ARTICULO 11 LCS.- La empresa aseguradora que pague la indemnización se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al asegurado.

19. Andrade Valderrama Ignacio, en Enciclopedia Jurídica Omeba, Tomo XXI, pág. 377.

Lo anterior implica que el asegurador "sustituye a la aseguradora en la titularidad y en el ejercicio del derecho que podría tener en contra de un sujeto que por su culpa se hubiere registrado el siniestro...". De tal suerte que la subrogación tiene su principio en que el asegurado no reciba doble beneficio, exigiendo la reparación del daño tanto al responsable como a la aseguradora.

Dicha subrogación, que opera por ministerio de ley, se rige por los siguientes principios:

- A) La inconveniencia de que pudiera quedar impune la conducta dolosa culposa generadora de responsabilidad del causante del daño.
- B) De no existir la subrogación, se plantearía la posibilidad de lucro por parte del asegurado, que percibiría de la aseguradora el importe de los daños y al mismo tiempo podría recibir del causante del siniestro otra indemnización, incurriendo en enriquecimiento ilícito.
- C) Por último también se impide que el tercero que provocó el siniestro quede liberado de toda responsabilidad, al momento en que la aseguradora indemniza al asegurado.

Por otro lado, la subrogación debe operar exclusivamente por la cantidad indemnizada, cualquier acto u omisión que impida la subrogación, facultan a la aseguradora para liberarse de su obligación.

Tenemos así que la subrogación es una de las consecuencias del carácter indemnizatorio de los seguros de daños.

Debe notarse que la subrogación no opera en los seguros de personas, según se desprende del artículo 152, segundo párrafo de la LCS, que dispone:

ARTICULO 152 LCS.- ...

En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficio contra terceros en razón del siniestro.

4) REASEGURO

Se ha llegado a considerar que el reaseguro es una figura jurídica casi tan antigua como el seguro, sólo que en un inicio llevaba a los aseguradores a no aceptar más responsabilidades que las que podía soportar, pero a través del tiempo ha tomado más auge, considerando que cada vez existen riesgos más grandes que no es posible que asuma un sólo asegurador.⁽²¹⁾

El reaseguro como lo denominan algunos autores⁽²²⁾, es un contrato de seguro de segundo piso; por lo mismo no se encuentra regulado en la LCS, en razón de que no es llamado a satisfacer necesidades de cobertura al público en general, sino las de apoyo financiero de las aseguradoras.

No obstante lo anterior, la LGISMS débilmente lo regula, limitándose a definirlo y a exigir que el mismo se realice de conformidad con las disposiciones que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

21. Olvera de Luna Omar, Contratos Mercantiles. México, Porrúa, 1987, pág. 238.

22. Díaz Bravo, Op. Cit., pág. 163.

De conformidad con la fracción II del artículo 10 de la LGISMS, es reaseguro el contrato en virtud del cual una empresa de seguros toma a su cargo total o parcialmente un riesgo ya cubierto por otra o el remanente de daños que exceda de la cantidad asegurada por el asegurador directo.

Esta definición en parte es errónea dado que: es falso que el reasegurador tome a su cargo un riesgo ya cubierto por el asegurador; en ese caso estaríamos hablando de coaseguro. Lo cierto es que el reasegurador toma a su cargo un riesgo autónomo, toda vez que su cedente se ve obligado, a su vez, a hacer frente a sus obligaciones.

Para hacer más factible la compensación de riesgos asumidos por la aseguradora se requiere de un gran número de ellos, los cuales para ser homogeneizados se requiere que ninguno exceda del límite técnico que le ha sido fijado; de conformidad con la LGISMS se fija un monto total de riesgos que, en relación con su capital y reservas, la aseguradora pueda asumir.

Por tal motivo, cuando "...una empresa (aseguradora) se desequilibra, por exceso o defecto de riesgos o por falta de homogeneidad en los mismos, el Estado la obliga a contratar un reaseguro que establezca o restablezca el equilibrio técnico legalmente requerido"⁽²³⁾, por lo que en resumen se puede concluir que en el reaseguro, la reaseguradora "asegura" a la aseguradora contra las responsabilidades contraídas por ésta en los contratos de seguro que ha celebrado.

El requisito del reaseguro, visto desde ese punto de vista, se debe a las crecidas responsabilidades a que diariamente se enfrentan las aseguradoras y el inevitable riesgo de siniestros catastróficos o desviaciones esta-

23. Ver Rodríguez Rodríguez, *Op. Cit.*, pág. 173 y sigs.

dísticas. los que se convierten en poderosos argumentos para establecer un respaldo asegurativo.

5) COASEGURO

En estrecha relación se presenta la figura del coaseguro, misma que la LGISMS en su artículo 10, fracción I, define como la participación de 2 ó más empresas de seguros en un mismo riesgo, en virtud de contratos directos realizados por cada una de ellas con el asegurante.

Esta figura comúnmente es confundida con el seguro múltiple previsto en los artículos 100 a 104 de la LCS, el cual se puede entender como el asegurar el mismo interés contra el mismo riesgo por más de una aseguradora, en la cual cada aseguradora se obliga a pagar la totalidad del seguro, tratándose de contratos celebrados de buena fe.

En el caso que nos ocupa, el coaseguro, se trata de asegurar un interés contra el mismo riesgo por una sola persona, dividiendo el citado riesgo entre varias aseguradoras, las cuales resarcirán parcialmente el daño, sin cubrir la totalidad del mismo, como en el caso del seguro múltiple, en el cual la suma de las indemnizaciones debidas es superior al valor de la cosa asegurada²⁴⁾.

Por lo tanto, en el caso del coaseguro las sumas que pague cada aseguradora no sobrepasarán el valor asegurado, pues se contratan los diversos seguros con una predeterminación de la cuota que corresponde a cada una, con lo

24. Ver Oscar Vázquez, *Op. Cit.*, pág. 299 y sigs.

que queda descartada la posibilidad de un lucro indebido, pues lo único que se busca es repartir el riesgo entre varios aseguradores.

Al momento cabe hacer la diferencia entre coaseguro y reaseguro, no obstante que ambas figuras buscan dividir un riesgo entre varias instituciones aseguradoras. en el primer caso es el propio asegurante quien decide llevar a cabo esa división, y por ende son varios los contratos que realiza, mientras que en el reaseguro es el asegurador directo quien toma la decisión de salvaguardar su pleno de conservación, contratando con una reaseguradora, sin la intervención del asegurado directo⁽²⁵⁾.

25. *Olivera de Luna, Op. Cit.,* pág 242.

VIII. OBLIGACIONES DE LAS PARTES**1) PRINCIPALES OBLIGACIONES DEL TOMADOR O ASEGURANTE**

Entre las principales obligaciones del tomador del seguro se encuentran:

- A) Pagar puntualmente a la aseguradora la prima acordada (Art. 34 LCS).
- B) El proponente estará obligado a declarar por escrito a la aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. (Art. 8 LCS).
- C) El asegurante deberá comunicar a la aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 horas siguientes, al momento en que las conozca. (Art. 52 LCS).
- D) Si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones generales en contratos del mismo género, el asegurante tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones, pero si éstas traen como consecuencia para la empresa prestaciones más elevadas, el contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda. (Art. 65 LCS).

- E) Tan pronto como el asegurante o beneficiario tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora. (Art. 66 LCS).

2) OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

De las principales obligaciones de la aseguradora se pueden citar:

- A) Responder de todos los acontecimientos que presenten el carácter de riesgo, cuyas consecuencias se hayan asegurado. (Art. 59 LCS).
- B) Entregar al contratante del seguro una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes. (Art. 20. LCS).
- C) Expedir a solicitud y costa del asegurante, copia o duplicado de la póliza, así como de las aclaraciones hechas en la oferta. (Art. 23).
- D) En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las Instituciones de Seguros llegaren a ser diferentes de lo que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección de la República Mexicana. (Art. 72 LCS).
- E) Notificar la rescisión del contrato dentro de las 24 horas a partir de que tenga conocimiento de una agravación esencial del riesgo; en este caso su responsabilidad terminará 15 días después de la comunicación al asegurante (Arts. 52 y 56 LCS).

3) CARACTERISTICAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Las características del contrato de seguro se han visto a través del desarrollo de este capítulo, sin embargo es conveniente numerarlas con un breve comentario: (26)

1. **MERCANTIL.** Porque así lo establece la fracción XVI del artículo 75 del Código de Comercio.
2. **CONSENSUAL.** Porque se perfecciona desde el momento en que el proponente tiene conocimiento de la aceptación de la oferta, sin que su eficacia pueda subordinarse a la entrega de la póliza o el pago de la prima.
3. **ONEROSO.** Porque la empresa aseguradora busca un fin preponderantemente económico, y porque el mismo exige *prestaciones* para ambas partes.
4. **DE ADHESION.** Porque en la práctica el asegurante se tiene que supeditar a las condiciones de la empresa.
5. **BILATERAL.** Porque como se pone de relieve en su definición, la prima es la contrapartida indispensable de la indemnización o cantidad que pueda percibirse en caso de producción del evento previsto en el contrato.

26. Ver Rodríguez Rodríguez, *Op. Cit.*, págs. 166-167.

6. ALEATORIO. Porque la realización del acontecimiento dañoso es incierto⁽²⁷⁾.
7. TIPICO. Porque está regulado por la Ley.
8. NOMINADO. Porque la Ley le da un nombre.
9. PRINCIPAL. No necesita de otro contrato para que pueda existir. La definición del mismo (Art. 1o. LCS) lo presenta como un contrato autónomo que subsiste por sí, sin dependencia o accesoriedad con otro, encerrando todos los elementos necesarios para su validez, con normas propias y de carácter independiente (arts. 3, 4, 193 y 194 LCS).
10. DE TRACTO SUCESIVO. No se agota en un solo momento, se cumple en el espacio y en el tiempo de un modo paulatino y continuo. Su carácter sucesivo se percibe en el artículo 34 LCS, que habla de los diversos períodos en que está dividido el seguro y para los que está calculada la unidad de la prima.
11. UNICO. Es un contrato que se realiza por única vez, pese a la multiplicidad de aportaciones.
12. DE BUENA FE. Como se deduce de la lectura a los artículos 70, 77, 79, 88, 95, 115 LCS y de los concernientes a la necesidad de hacer ciertas declaraciones.

27. *Al respecto hay autores como Joaquín Rodríguez, que señalan que el contrato de seguro no puede ser considerado como un contrato aleatorio, en virtud de que la consideración del mismo en masa, demuestra la regularidad de la producción del siniestro, por consiguiente el dicitum puede existir si cada contrato se considera aisladamente, pero desaparece cuando se toma en cuenta el conjunto de los realizados por una empresa*

FALTA PAGINA

No. 117

**CAPITULO
TERCERO**

EL SEGURO DE VIDA

CAPITULO

TERCERO

EL SEGURO DE VIDA

Aunado a la evolución del comercio así como a otros intereses relacionados con el ser humano, los cuales no siempre inciden en el carácter económico que representan para el hombre, se tiene que el riesgo también ha evolucionado considerablemente, presentando además en la actualidad una tendencia hacia los valores de rango supremo, entre los que se consideran la existencia, la integridad y la salud humanas.

Es por este motivo que el propio seguro ha sufrido también una evolución, misma que le permite dar satisfacción a las cambiantes necesidades del ser humano, situación que la propia legislación ha atendido, pues dentro de la regulación correspondiente a los seguros, se contemplan apartados dedicados exclusivamente a regular el seguro relativo a las personas.

En este rubro, el seguro sobre las personas, y específicamente en el caso del seguro de vida, aún existe cierta polémica, en virtud de que el mismo gira en torno a una serie de valores incuantificables económicamente, lo que no significa que se les mantenga al margen, por el contrario, estamos en presencia de valores a los que se les otorga especial consideración, aun cuando no se pueda determinar exactamente su valor monetario.

A raíz de esta polémica, entre la doctrina han surgido varias corrientes que intentan construir un concepto unitario del seguro, pretendiendo encontrar en todo seguro, ciertos elementos constantes.

Por mi parte, comparto la idea de que a pesar de que en ambas ramas del seguro (daños y personas) hay mucha semejanza, no significa que en todo contrato de seguro encontremos los mismos elementos esenciales, y para muestra habría que partir de la división inicial que se realiza de los seguros, en la que resulta obvio que el seguro de daños, que versa principalmente sobre bienes susceptibles de valorarse, no podrá ser equiparado en su totalidad con el seguro de personas, en virtud de la propia naturaleza de la vida: de aquí que necesariamente debe haber diferencia entre los dos tipos de seguros, e incluso en alguno existir elementos que en otro pueden no figurar.

Dentro de este orden de ideas se fija el objetivo de este trabajo, cuya finalidad es precisamente determinar en el caso específico del seguro de vida, la ausencia de uno de los elementos constantes en el seguro de daños: *la indemnización.*

En el presente capítulo se presentan las principales características del seguro de vida, incluyendo los elementos que como contrato jurídico deben operar en el mismo, así como un breve análisis de la finalidad jurídico-social del seguro de vida y la presencia del beneficiario, lo cual servirá como base para determinar el objetivo de este trabajo.

I. EL SEGURO SOBRE LAS PERSONAS

1) EL ARTICULO I DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Como se señaló en el capítulo segundo, la Ley Sobre el Contrato de Seguro es la encargada de la regulación jurídica del seguro como contrato jurídico, así como de determinar los lineamientos jurídicos a los que debe sujetarse su celebración.

Vemos que dicha LCS, desde su artículo 1o. determina la existencia de dos tipos de seguros, pues nos señala dos opciones mediante las cuales la aseguradora puede dar cumplimiento a la obligación de asumir las consecuencias de la eventualidad prevista en el contrato:

- A) Resarcir un daño, o
- B) Pagar una suma de dinero.

De aquí se deduce que la propia LCS, sin penetrar en la naturaleza de la prestación de la aseguradora, distingue la existencia de dos tipos de seguros en virtud de la dualidad en el cumplimiento de la obligación de la aseguradora. Tratándose del seguro de cosas está obligada a *resarcir* el daño perpetuado al asegurado, y en el caso de los seguros sobre las personas es aplicable la segunda opción, la de *pagar una suma de dinero*, la cual será convenida y determinada por los contratantes.

Cabe señalar que la Ley Sobre el Contrato de Seguro dedica un título exclusivo para el seguro sobre las personas, el título tercero denominado DISPOSICIONES ESPECIALES DEL CONTRATO DE SEGURO SOBRE LAS PERSONAS, el cual está integrado por los artículos 151 a 192 inclusive.

Como el mismo título lo señala, este apartado está dedicado al seguro sobre las personas, sin embargo el mismo no hace distinción alguna de los tipos específicos de seguros relativos a las personas, pareciendo que la mayoría de sus disposiciones son aplicables exclusivamente al seguro de vida.

2) EL ARTICULO 151 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

El artículo 151 de la LCS es el primero del título dedicado al seguro de las personas, y de su contenido se pueden determinar los tipos específicos de dichos seguros, pues el mismo señala los riesgos que se pueden cubrir con el citado seguro sobre las personas:

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

Como quedó de manifiesto, la propia ley no hace clasificación expresa de los tipos de seguros sobre las personas, sin embargo la práctica doctrinaria y asegurativa ha determinado una clasificación basada en lo dispuesto por el artículo 151 de la LCS, de conformidad con los riesgos que pueden ser cubiertos con dicho seguro:

- A) *Seguro de vida*. Basado en el riesgo que pueda afectar la existencia de la persona;
- B) *Seguro de accidentes*. En concordancia con el riesgo relativo a la integridad personal, y
- C) *Seguro de enfermedades*. El cual comprende riesgos basados en la salud o vigor vital.

Cabe señalar que la clasificación que antecede fue realizada en base al contenido del artículo citado, si se analiza el título tercero de la LCS, se puede observar que las disposiciones de la misma no son dirigidas a regular una especie determinada de seguro, por tal motivo debe entenderse que todas las disposiciones contenidas en este título son aplicables, en lo que no se opongan, a cualquier tipo de seguro sobre las personas.

A decir de Ruíz Rueda, lo anterior se debe a que "nuestro legislador tuvo tres modelos europeos para nuestra ley: la ley suiza de 1908 que entró en vigor en 1910, la ley francesa de 1930 y el Proyecto Mossa, de los cuales copió indistintamente y mezcló a veces las disposiciones tomadas de uno de ellos, con las de otras, lo que hace que nuestra ley se resienta de antinomias y aun de falta de sistematización".⁽¹⁾

3) EL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Debido a que la Ley Sobre el Contrato de Seguro no proporciona la definición del seguro de accidentes personales, pues se concreta a señalar los

1. Ruíz Rueda Luis, El Contrato de Seguro. México, Porrúa, 1978, pág. 202.

riesgos sobre las personas que pueden ser cubiertos con el seguro, la doctrina se ha encargado de establecer dicha definición.

De antemano debemos tener presente, como ya se señaló, que el riesgo que se cubre con el seguro de accidentes es aquel que afecta la integridad física de la persona; de manera genérica dentro de este tipo de riesgo podría incluirse el riesgo de muerte por accidente, toda vez que este tipo de riesgo también afecta la integridad física, sólo que encuentra una variante: la muerte, de aquí la existencia de seguros de vida que cubren el riesgo de muerte por accidente.⁽²⁾

Por tal motivo se hace la aclaración que la afectación a la integridad física que cubre el seguro de accidentes personales, *stricto sensu*, es aquella que ocasiona "lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el propio asegurado, independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de y con un agente externo y que no llega a producirle la muerte".⁽³⁾

Tomando en consideración lo anterior, han surgido las definiciones del seguro de accidentes personales, considerando a éste como la protección pagadera en caso de heridas personales por accidente, excluyendo las pérdidas objeto del seguro de vida.

En México este tipo de seguro parece no tener demasiada demanda, debido tal vez a que entre la sociedad mexicana no ha evolucionado la cultura de la previsión; sin embargo, el seguro de accidentes personales representa el medio más idóneo con el cual se obtiene protección contra los efectos de accidentes corporales.

-
2. Cfr. Martínez Gil José de Jesús, *Manual Teórico y Práctico de Seguros*, México, Porrúa, 1984, pgs. 2 y sigs.
 3. Meijij Gustavo Raúl, *Manual de Seguros*, Buenos Aires, De Palma, 1992, pgs. 177.

Dentro de las condiciones específicas más relevantes en las que se contrata este seguro podemos señalar:

- El importe total de la prestación lo escoge el asegurado. Es decir la compañía de seguros asegura por el importe sometido a su consideración, sin embargo, este importe va sumamente ligado con los ingresos del oferente, por lo cual una persona no podrá adquirir un seguro cuya prestación sea superior a sus ingresos.
- Por el mismo motivo, se contrata determinado tipo de cobertura, la cual va en relación con el monto de la prima que el asegurado pueda pagar, incluyéndose en la cobertura el tipo de servicios hospitalarios o en su caso el monto de la indemnización por incapacidad o bien la renta mensual a percibir, prestaciones íntimamente relacionadas con el ingreso del asegurado pues de ello depende el monto de los pagos e inclusive la calidad y prestigio de hospitales y servicios médicos.
- La base del pago es la incapacidad de trabajo del asegurado como consecuencia de la lesión corporal. Al respecto las coberturas de los seguros de accidentes personales varían de acuerdo a los programas ofrecidos por las aseguradoras: podemos encontrar pólizas que cubran la lesión de determinado origen, sea o no de naturaleza profesional, o bien pólizas que presenten mayores restricciones, cubriendo solamente determinadas lesiones producidas por determinadas causas.
- Al respecto podemos citar la cláusula típica que define la responsabilidad de la aseguradora respecto al origen de la invalidez: "... contra pérdida que resulte directa e independientemente de

todas las causas, de lesiones corporales accidentales"⁽⁴⁾. Podemos observar que esta cláusula contiene dos elementos importantes: a) la lesión del asegurante tiene que ser la razón de la causa de invalidez, y b) dicha lesión debe ser inesperada y fortuita, y tanto la causa como el resultado deben ser completamente accidentales.

- Sin embargo, como ya se citó, existen coberturas restringidas, como ejemplo se puede citar el contrato de seguro de accidentes personales, que requiere que la lesión sea causada por medios externos y violentos, de lo que se excluye la cobertura de varias lesiones. Asimismo, existen pólizas con exclusiones expresas de determinadas lesiones, como podrían ser: a) hernias; b) actos de guerra o golpes de estado; c) contagios de enfermedades microbianas; d) intentos de suicidio; e) viajes en determinadas aeronaves, etc.
- La prestación puede pactarse de acuerdo a las necesidades del asegurante: comúnmente se pacta en una renta, la cual se pagará en plazos fijos (semanas, quincenas, meses) y sólo mientras dure la incapacidad o bien hasta determinado tiempo fijado en el contrato, debido a que este tipo de seguro se basa principalmente en la incapacidad física para trabajar y en el tiempo perdido en la recuperación del accidente, situación que directa o indirectamente repercute en el ingreso del asegurante.
- De lo anterior se pueden citar los tipos de incapacidad que pueden ser cubiertos por las pólizas de accidentes: 1) *Incapacidad*

4. Riegel PH, Robert, Seguros Generales. Principios y Prácticas. México. Cía. Editorial Continental, 1980, pág. 383.

total, la cual se produce cuando el asegurado está imposibilitado para llevar a cabo todas las tareas habituales que conforman "su ocupación", en este caso es común que la renta se pague semanal o mensualmente; 2) *Incapacidad parcial*, se presenta cuando el asegurado no puede llevar a cabo las tareas más importantes de su ocupación, cuando se da esta situación, la prestación suele ser en un porcentaje y período menor al señalado para la incapacidad total.⁽⁵⁾

- En este tipo de seguro, se incluyen coberturas relativas a la pérdida de miembros corporales por accidente, de lo que se debe considerar que el asegurado no sólo se enfrenta con grandes gastos, sino inclusive a un cambio de ocupación o invalidez permanente. Al respecto la prestación se puede estipular en el pago de una suma global, y de acuerdo a la pérdida sufrida (ojo, mano, dedo, pie, etc.)

4) EL SEGURO DE ENFERMEDADES

Al igual que el seguro de accidentes personales, el seguro de enfermedades tampoco se encuentra regulado expresamente en la Ley Sobre el Contrato de Seguro; como ya se citó, su existencia tiene fundamento jurídico en el artículo 151 LCS, sin embargo es la práctica asegurativa la que determina sus características propias.

5. *Ibidem*, págs. 386 y 387.

En general podemos decir que al seguro de enfermedades le son aplicables las disposiciones contenidas en el título tercero de la LCS, en todo aquello que no se oponga a la esencia del propio contrato.

El riesgo cubierto por este tipo de seguro, podrá ser todo aquel que llegue a afectar la salud o vigor vital del asegurante (Art. 151 LCS). En la práctica, el seguro de enfermedades proporciona prestaciones para cubrir aquellas pérdidas financieras que sufre el contratante como resultado de su enfermedad. Generalmente este tipo de seguro va muy ligado al seguro de accidentes personales e inclusive existen planes de seguros que ofrecen una combinación de ambos.

En su mayoría, los lineamientos para la contratación del seguro de enfermedades son bastante similares al seguro de accidentes, como se puede apreciar:

- El importe de la prestación y calidad de los servicios que cubre el seguro, así como el pago de la prima, varían de acuerdo al ingreso que percibe el asegurante.

- La cláusula común del seguro de enfermedad establece que la aseguradora responderá "... contra pérdida que resulte directa o indirectamente de todas otras causas de enfermedad contraída durante la vigencia de la póliza, sujeta a las cláusulas, condiciones y limitaciones aquí contenidas".⁽⁶⁾ Como se observa dicha cláusula es muy similar a la cláusula de accidentes, con la variante que los "efectos" son producidos por enfermedad.

6. *Riegel PH. Op. Cit.,* pág. 385.

- Al igual que el seguro de accidentes, una condición necesaria para el pago de la prestación, en el seguro de enfermedades, es que el asegurado resulte incapaz de desempeñar su ocupación declarada en el contrato.

- En este tipo de seguro también hay exclusiones expresas en la cobertura, al respecto debemos considerar que la cobertura definitivamente dependerá de la prima que el asegurado pueda pagar, así como de los riesgos a que esté sometido. Las condiciones y limitaciones varían de acuerdo con los planes de las aseguradoras, las más comunes son:
 - a) Que el asegurado sea atendido por un médico, e inclusive llega a señalarse que dicha atención médica la proporcione determinada persona o el hospital señalado en el contrato. Esta disposición va encaminada a dar seguridad a la aseguradora en relación con el pago de la prestación.

 - b) Se establece un plazo entre la celebración del contrato y la vigencia del seguro. Esta condición impide la contratación de seguros a personas que hayan sido expuestas a una enfermedad o estén a punto de enfermarse. Nuevamente estamos en presencia de una disposición que protege a la aseguradora.

 - c) La cobertura del seguro puede ser sólo en determinada área geográfica, época del año, o bien para determinada edad.

 - d) Se puede dar el caso de cláusulas de confinamiento, las cuales determinan el pago de la prestación de la aseguradora sólo en el caso de que la enfermedad obligue a permanecer en

cama u hospital. En este caso la prestación es mayor que cuando no hay confinamiento.

- En relación al monto de las primas del seguro de enfermedades, el sistema para determinarlo es más sencillo que los otros tipos de seguro sobre las personas; además del ingreso ya citado, las características más importantes para determinar el monto de la prima son las siguientes:
 - a) *Ocupación.* Generalmente las aseguradoras elaboran divisiones en relación a la ocupación agrupando aquéllas con mayor similitud otorgando tarifas (%) a cada una, en relación con los riesgos a que está expuesta cada ocupación.
 - b) *Edad.* En este tipo de seguro, la edad es un elemento con mayor importancia que en el de accidentes, debido a que después de cierta edad (generalmente se establecen los 50 años), el ser humano es más susceptible de contraer enfermedades, aumentando la tarifa en los casos de mayor riesgo.
 - c) De conformidad con la *diferencia hormonal y funcional del organismo*, en algunas pólizas de seguros puede hacerse referencia a la diferencia sexual, motivo por el que se establece un porcentaje mayor al sexo femenino, por considerarlo más expuesto a enfermedades.

Dentro del tema de los seguros de enfermedades y accidentes, en la práctica se han introducido variantes de este tipo de seguro, tales como los seguros de gastos médicos y hospitalarios, que son aquellos seguros que basados en la afectación de la salud y vigor vital, protegen contra el riesgo que repercute en una disminución patrimonial.

Así podemos encontrar planes de seguros tan completos que incluyan una combinación del seguro de enfermedades, accidentes y vida, así como de gastos médicos y funerarios. Definitivamente la cobertura del plan propuesto, tendrá estrecha relación con las características propias del asegurado, las cuales permiten precisar los riesgos a que está expuesto así como los que la aseguradora está dispuesta a cubrir.

Finalmente en relación a los dos tipos de seguros de personas descritos, cabe señalar que los requisitos y formalidades propias para la celebración del contrato así como la regulación de sus efectos, se encuentran contenidos en el capítulo tercero de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, mismos que también son aplicables al seguro de vida, por tal motivo, se hará referencia a ellos al tratar éste último.

II. EL SEGURO DE VIDA LA PRIMA Y LA COBERTURA

1) CONCEPTO DE SEGURO DE VIDA

Como se citó con anterioridad, el seguro de vida es aquél que cubre los riesgos a que está expuesta la existencia del ser humano, doctrinalmente el mismo puede definirse como el *"contrato por el cual el asegurador, a cambio de una prima o cuota, que puede ser única o anual, se compromete a pagar al asegurado o a cualquier otra persona designada por él, una suma de dinero (capital o renta) en el momento en que se realice el acontecimiento previsto en el contrato (muerte del asegurado, muerte de un tercero, supervivencia del asegurado o tercero designado o en un determinado plazo)."*⁽¹⁷⁾

2) FORMA DE REGULACION

Al igual que los seguros de enfermedades y accidentes personales, el seguro de vida se regula en el apartado especial del seguro sobre las personas. Se había comentado que dicho apartado no regula expresamente cada uno de los riesgos cubiertos por el seguro sobre las personas, sin embargo, del

7. Cortez Jiménez, Eduardo, en Enciclopedia Jurídica Omeba. Buenos Aires, Bibliográfica Argentina, 1977, pág. 383.

análisis de los artículos 151 a 192 de la LCS, se deduce que la mayoría de ellos son aplicables al seguro de vida.

En general lo indicado en el capítulo segundo de este trabajo es aplicable al seguro de vida, sin embargo se detallan a continuación dichos elementos ahondando en las características propias del contrato de seguro de vida, entendiéndose que como se desprende del título tercero de la Ley sobre el Contrato de Seguro, tales características serán aplicables a los seguros de enfermedades y accidentes personales, siempre que no se opongan a su esencia.

3) EL ASEGURANTE EN RELACION CON LA COBERTURA

El seguro contra el riesgo de muerte tiene su fundamento en la protección económica de la familia. La aseguradora pagará al beneficiario, al acaecer la muerte del asegurante, la cantidad convenida.

Al igual que como se comentó en los seguros de enfermedades y accidentes personales, en el seguro de vida la cobertura depende invariablemente de la capacidad "económica" del asegurante, quien en base a sus ingresos y a los riesgos que la aseguradora esté dispuesta a cubrir, contratará determinada cobertura: de tal forma puede pactarse cualquier suma como prestación de la aseguradora, pero en términos generales esta última, si obra prudentemente, relacionará la suma a pagar con la capacidad de producción del asegurante.

Como se verá más adelante, es normal en el seguro de vida la idea de la previsión y protección para la familia. Es por eso que al respecto la ley establece la protección a los beneficiarios cuando éstos son el cónyuge o los descendientes.

Por otra parte, por lo que hace a la póliza del seguro de vida, existen diversos tipos, así como una variada clasificación de las mismas, las cuales versan principalmente sobre la cobertura del seguro de vida; por tal motivo tenemos que es muy difícil realizar una clasificación completa del seguro de vida, pues habrá que tomar en cuenta sus diversos aspectos.

En este trabajo se presentan algunas clasificaciones del seguro de vida, entre las que se encuentran las realizadas desde el punto de vista de la cobertura contratada, la forma de cubrir la prestación por la aseguradora, las características del asegurante, etc.

En relación con la prestación de la aseguradora, el seguro de vida puede ser: ⁽⁸⁾

- A) *Seguro de pago único.* En este caso, al producirse el siniestro, la aseguradora pagará al beneficiario designado en una sola exhibición (generalmente en efectivo), y por única vez, el monto total por el que fue contratado el seguro.

- B) *Seguro de pago diferido.* En este tipo de seguro de vida, también conocido como seguro a plazos, la aseguradora se obliga a cubrir el producto del seguro en rentas periódicas, ya sea al propio asegurante (seguro de supervivencia) o al beneficiario designado (generalmente cónyuge sobreviviente); dicho pago puede realizarse de forma vitalicia o hasta el vencimiento de cierto plazo convenido por los contratantes. ⁽⁹⁾

8. Ver Riegel P.H. Op. Cit., pág. 157 y sigs.

9. Magee John Henry, Seguros Generales. México, UTHEA, s.a., pág. 724.

En relación a la importancia que como negocio representa el seguro de vida (para las aseguradoras),⁽¹⁰⁾ así como considerando las clases sociales, el seguro de vida se distingue en seguro ordinario y seguro popular:⁽¹¹⁾

- A) *Seguro de vida ordinario.* Este tipo de seguro de vida es la rama más importante del seguro de vida así como más usual: en el seguro de vida ordinario el contratante es por lo regular el propio asegurante, al cual se le requiere se someta a un examen médico; y el monto del seguro así como la prima que paga son más acordes a su situación económica, sin embargo dependen de los ingresos del mismo. En general se puede considerar seguro ordinario, por exclusión, aquel que no sea popular.
- B) *Seguros populares.* Su existencia se desprende del artículo 190 de la LCS, el cual señala que la aseguradora se obliga por la muerte o la duración de la vida del asegurante mediante el pago de primas periódicas sin necesidad de examen médico obligatorio, y cuyo capital no excederá de \$5,000.00 en capital o del equivalente en renta.
- * En este caso se debe considerar que dicho artículo así como la LCS, datan de 1935, y sólo ha sido reformada en dos ocasiones, el 15 de abril de 1946 y el 5 de enero de 1966, por lo que el monto señalado en dicho artículo corresponde a pesos de 1946, por que en la actualidad dicha cantidad es inadecuada, la cual en un momento dado puede ser asimilada al producto del seguro de defunción. Por otra parte, es conveniente precisar que en la actualidad el seguro popular no tiene demanda en México.

10. *Riegel, Op. Cit., pág. 158.*

11. *Ver Ruíz Rueda, Op. Cit., pág. 213.*

Existe una clasificación basada en la persona asegurada y sobre todo en la forma en que se contrata el seguro, de esta forma se divide el seguro en individual y colectivo:⁽¹²⁾

- A) *Seguro individual.* En este caso parece claro que este tipo de clasificación se refiere a la contratación del seguro de vida por una sola persona. Básicamente la distinción se realiza al señalar la contratación de seguros colectivos.

- B) *Seguro colectivo.* Ya en el capítulo primero de este trabajo se citó la diferencia habida entre el seguro de vida colectivo y el de grupo (del cual inclusive se indicó la existencia del Reglamento del Seguro de Grupo), observándose que el seguro colectivo de vida se distingue del de grupo en cuanto a que cada uno de los individuos que integran la colectividad mantiene una relación individualizada con la institución de seguros. Usualmente se integra de grupos homogéneos de personas en una misma ocupación, profesión o afinidad (aun cuando no los una un vínculo laboral con el mismo patrón), conservando las pólizas su individualidad, operando de manera más cercana a un esquema solidario. Habla de seguro colectivo el artículo 188 de la LCS, el cual señala que el seguro colectivo contra accidentes dará al beneficiario un derecho propio contra la empresa aseguradora desde que el accidente ocurra.

- C) *Seguro mancomunado.* Es el contrato de seguro de vida que simultáneamente asegura a dos o más personas, con la modalidad que el producto del seguro sólo es pagado cuando fallece la última de ellas, motivo que ha originado que a este tipo de seguro se le

12. *Ibidem*, pág. 220.

denomine *seguro de vida al último fallecimiento*.¹³⁾ La utilidad de este contrato es poco observada, uno de los ejemplos comunes es el de aquel matrimonio, que siendo ambos capaces de sostener a sus hijos, deciden contratar este seguro, obteniendo la utilidad al morir el último de los dos.

En relación a la cobertura temporal del seguro de vida, éste se puede clasificar en:

- A) *Seguro por tiempo determinado*. Esta clasificación está basada en el tiempo que dura la cobertura del seguro, en este caso, la aseguradora se obliga por el término señalado en el contrato, como es el caso del seguro de supervivencia o el seguro temporal de muerte, en los que se fija un plazo determinado.
- B) *Seguro de vida entera*. En este tipo de clasificación la aseguradora se obliga por todo el tiempo de exposición al riesgo, como es el caso del seguro de vida entera, para el caso de muerte. Es claro que la cobertura del seguro de vida entera está basada en el riesgo constante a la muerte, a que está expuesta toda persona.

Asimismo en relación a la apreciación del riesgo, se puede clasificar en *seguro de vida con examen médico o sin él*, modalidades que se encuentran relacionadas además con la clasificación en ordinario y popular. Una más de estas clasificaciones depende de la gravedad del riesgo, considerando dos tipos de seguros: de *riesgos normales* y de *riesgos anormales*, es decir, aquéllos que por su gravedad mayor, puede considerarse que salen de la medida estadística señalada por las tablas de mortalidad.¹⁴⁾

13. Magee, *Op. Cit.*, pág. 54.

14. Ver Ruiz Rueda, *Op. Cit.*, pág. 212.

Como es de notarse, pueden realizarse múltiples clasificaciones del seguro de vida, pues el mismo puede estudiarse desde distintos puntos de vista: por otra parte esto facilita satisfacer las necesidades propias de cada contratante, debido a que cada clasificación resalta determinada característica del seguro, la cual puede ser atractiva para el asegurado.

Cabe señalar que esta clasificación fue tomada de la doctrina respectiva, por lo que la misma puede diferir en mucho con los planes de seguros que en la práctica ofrecen las aseguradoras, e incluso con el contratado por el particular, pues en ocasiones (lo cual debería ser siempre) se convienen coberturas "especiales" para cada caso.

Lo anterior ocasiona que tratándose de la cobertura del seguro de vida, ésta sea tan variada como variadas son las condiciones y necesidades del contratante, lo que implica que cada cobertura tenga un toque característico basado principalmente en el ingreso del asegurado. Sin embargo en la práctica, como se ha citado con anterioridad, hay planes de seguros preexistentes, mismos que las aseguradoras manejan a modo de promoción, siendo la aseguradora, en determinado momento, la "oferente" del seguro.

4) DETERMINACION DE LA PRIMA EN EL SEGURO DE VIDA

Ya en el capítulo segundo se habló de la prima del seguro, citándola como la principal obligación por parte del tomador del contrato, por tratarse de un contrato bilateral. Esto quiere decir que el contrato de seguro engendra obligaciones para ambas partes y dichas obligaciones tienen interdependencia entre sí: por lo tanto el incumplimiento del pago de la prima, provo-

ca que no nazca la obligación por parte de la aseguradora de responder por los daños ocasionados por la realización del riesgo.

Por lo que respecta a la relación entre el asegurante y la prima, podemos señalar que existe la misma situación que se presenta entre el asegurante y la cobertura. Parece claro que cobertura y prima (en relación con el asegurante) están sumamente relacionadas, pues de la prima que pueda pagar el asegurante, dependerá la cobertura que la aseguradora le otorgue.

5) EL ASEGURANTE Y LA PRIMA

En toda póliza existen diversas cláusulas relacionadas con el pago de la prima algunas de las más sobresalientes son las que se detallan a continuación:

Una nota de importancia es que en el seguro, según el artículo 40 LCS, las primas pueden pagarse en cualquier momento dentro del mes siguiente a la fecha del vencimiento de la prima, permaneciendo entre tanto la póliza en pleno vigor. La póliza generalmente estipula que si la muerte tiene lugar durante el *período de gracia*, la prima será deducida del importe pagadero.

Bajo el plan de *prima nivelada* (que en los primeros años comprende pagos mayores al costo real del seguro), es esencial una cláusula de valores garantizados, la que opera para la devolución de todos o una parte de los sobrepagos, en efectivo o en alguna otra forma, en el caso de que se descontinúe el pago de las primas.

En la cláusula de *préstamo automático de prima* se prevé el hecho de que en caso de no pagar la prima, el importe de la misma sea anticipado automáti-

camente como un préstamo, siempre que el valor de rescate en efectivo de la póliza sea suficiente, pues la póliza original no se cancela sino que permanece en pleno vigor sujeta al préstamo. La ventaja principal para el asegurante de una cláusula de préstamo automático de prima es que, en caso de faltar al pago de la prima en forma inadvertida, como en el caso de una ausencia del hogar o por enfermedad, la póliza se mantiene en completo vigor.

Todas las pólizas dan el *derecho de rehabilitación* dentro de un tiempo razonable después de la caducidad (generalmente de tres o cinco años), siempre que el asegurado siga siendo un riesgo asegurable. El derecho a rehabilitar, aunque es apropiado cuando se trata de cubrir los casos de suspensión de vigencia por inadvertencia o por incapacidad para pagar las primas, puede restringirse puesto que si la póliza ha sido rescatada por su valor en efectivo o si el período completo del seguro prorrogado ha expirado, el asegurante ha recibido entonces sus primas y no tiene derecho a protección futura por parte del seguro, excepto en las condiciones que se ofrece a los nuevos solicitantes.

III. EL RIESGO Y EL INTERES ASEGURABLE EN EL SEGURO DE VIDA

D) EL RIESGO EN EL SEGURO DE VIDA

El término seguridad no es más que un término relativo, pues no existe un ser viviente que en sus asuntos económicos pueda alcanzar un completo estado de seguridad o certidumbre. En el caso del seguro de vida, como se citó en el capítulo segundo, la eventual terminación de la vida es cierta, sin embargo el momento de su realización es incierto. Es así que "la incertidumbre del acontecimiento de una contingencia desfavorable ha sido llamada riesgo. Más sencillamente, desde el punto de vista del seguro, el riesgo está presente cuando existe la posibilidad de una pérdida".⁽¹⁵⁾

En materia aseguradora el concepto de riesgo es empleado para expresar indistintamente dos ideas diferentes:

- A) Por una parte, se considera al riesgo como el objeto asegurado:
- B) Asimismo, es empleado para indicar un posible acontecimiento dañoso.⁽¹⁶⁾

Definitivamente el criterio correcto es el último de los indicados: la posibilidad de que ocurra un acontecimiento futuro e incierto; así el riesgo "es el evento futuro e incierto de cuya realización depende el nacimiento de

15. Magee, *Op. Cit.*, pág. 119.

16. Ver Martínez Gil, *Op. Cit.*, pág. 220.

la obligación de la empresa aseguradora; es la eventualidad prevista en el contrato de seguro".⁽¹⁷⁾

Al efecto, todo seguro debe significar un riesgo para la aseguradora, por cuanto asume la obligación de resarcir o pagar una suma de dinero al asegurado, el cual a su vez debe resentir eventualmente la realización del acontecimiento dañoso.⁽¹⁸⁾

El riesgo es considerado como uno de los elementos esenciales de existencia del seguro, pues de conformidad con el artículo 45 LCS, el contrato de seguro será nulo si al momento de su celebración el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro ya se hubiera realizado. Por su parte, el artículo 46 LCS, dispone que si el riesgo deja de existir después de la celebración del contrato de seguro, éste se resolverá de pleno derecho.

Dos elementos característicos del riesgo son la incertidumbre y el daño. Por cuanto hace a la incertidumbre, debe darse ésta en cuanto a la realización del evento dañoso, pues si se tiene la certeza de que se realizará un acontecimiento dañoso no se podrá contratar seguro alguno; esto en el caso del seguro de daños.

En relación al seguro de personas la situación es muy distinta, de aquí que se haya comentado anteriormente que es muy difícil pensar en una definición unitaria del seguro.

La incertidumbre en el seguro de personas no siempre será en cuanto a la celebración del evento dañoso, pues en este caso siempre se tiene la certeza

17. Olvera de Luna Omar, Contratos Mercantiles, México, Porrúa, 1987, pág. 233.

18. Cfr. Díaz Bravo Arturo, Contratos Mercantiles, México, Harla, 1983, pág. 148 y sigs.

de la muerte: en este supuesto la incertidumbre más bien radica en la interrogante de cuándo se producirá ésta.

La LCS en su artículo 151 señala que el seguro de personas podrá comprender cualquier riesgo derivado de la afectación que pueda sufrir la existencia, integridad, o salud de una persona. De aquí podemos derivar que el principio indemnizatorio (resarcir el daño) no es constante en todos los seguros, pues la misma ley, en dicho artículo, señala el término *afectación*, dejando muy ambigua la aplicación del concepto tradicional del *daño* en el seguro de personas.

En el seguro de daños o cosas es evidente el daño que se puede sufrir, toda vez que el interés asegurable tiene carácter patrimonial, a diferencia del interés asegurable en el seguro de vida (mismo que se abordará más adelante), el cual no obstante que desde algunos puntos de vista puede considerarse de naturaleza económica, jamás será de carácter patrimonial.

Además de la clasificación del riesgo en objetivo y subjetivo (ver capítulo II), existen algunas otras clasificaciones, una de ellas considerada desde el punto de vista del asegurante:

- A) *Riesgo especulativo*, considerado éste como aquel que envuelve tanto la posibilidad de pérdida como la de ganancia, el cual en un momento dado puede ser nulificado mediante una compensación, según se pacte en el clausulado del contrato.

- Este tipo de riesgo generalmente se presenta en los seguros de daños: por lo que respecta al seguro de vida, este tipo de riesgo puede llegar a presentarse en el seguro de vida a favor de tercero, el cual se otorga como medio de garantía.

- B) *Riesgos puros*, en los que solamente existe la posibilidad de pérdida.

Además de la clasificación indicada, existe una más considerada desde el punto de vista de la incertidumbre a la que se enfrenta el hombre, dividiendo al riesgo en tres clases:⁽¹⁹⁾

- A) *Incertidumbre de propiedad*. Esta clase de riesgo surge de la incertidumbre de la destrucción de la propiedad, por ejemplo la posible pérdida de un barco en el mar se considera como riesgo para quienes se dedican a las operaciones marítimas. Asimismo, se incluyen en este riesgo cualquier amenaza de pérdidas de bienes inmuebles, así como las pérdidas derivadas de rentas, beneficios de empresa o arrendamientos valiosos. Este tipo de riesgo inviolablemente se cubrirá con un seguro de daños.
- B) *Incertidumbre de responsabilidad*. Es la ocasionada por la aplicación de la ley de responsabilidad, generalmente conocido como riesgo de tercero. Se aplica en la responsabilidad por accidentes, negligencia, y en general para cualquier otro acto u omisión que cause daños o perjuicios a terceros.
- C) *Incertidumbre personal*. Es la que se refiere a la muerte y principalmente al momento de su acaecimiento. Además de la muerte, se incluyen en este tipo de riesgo la disminución de la capacidad en virtud de un accidente personal, enfermedad o vejez.

Respecto a la *apreciación* del riesgo, es posible formar categorías basadas en el estado económico, la profesión u ocupación, ingresos y demás facto-

19. Magee, *Op. Cit.*, pág. 121 y sigs.

res semejantes, además de las condiciones específicas de cada individuo dentro de un mismo grupo, lo cual presenta un problema individual con condiciones muy peculiares.

Es por este motivo que existen diversos planes de seguros como resultado de la determinación del riesgo, para lo cual es necesario practicar un estudio detenido y cuidadoso de los riesgos asegurables. Desde el punto de vista de la aseguradora, dicha actividad tiene como finalidad resolver mediante una apreciación con objeto de seleccionar para el seguro, aquellos riesgos que implican la posibilidad de pérdidas desastrosas.

La *selección* del riesgo deviene en el conjunto de medidas y criterios de carácter técnico seguidos por una aseguradora, en virtud de los cuales la aceptación de riesgos está orientada hacia aquellos que ofrecen menor peligrosidad, limitándose al máximo a otorgar coberturas a riesgos elevados.⁽²⁰⁾

Mediante esta apreciación, diversos riesgos son comparados detenidamente, con objeto de excluir aquellos en los que es posible gastar grandes cantidades en seguros que cubran riesgos faltos de importancia, y dar mayor atención a aquellas coberturas esencialmente necesarias.

En relación a la apreciación del riesgo en el seguro de vida, la misma se puede presentar desde diversos ángulos; siendo la más común aquella que es basada en los ingresos del asegurante, de lo que se determinará la cobertura, prima y monto del seguro que se podrá adquirir.

20. Cfr. Martínez Gil, *Op. Cit.*, pág. 226.

Por otra parte, doctrinariamente y de acuerdo con la práctica asegurativa, existe una clasificación del riesgo en el seguro de vida, la cual distingue el de muerte, del riesgo de vida o supervivencia, o bien el seguro mixto:⁽²¹⁾

A) RIESGO DE MUERTE

Para entender el seguro de vida que cubre el riesgo de muerte, no se necesitan mayores explicaciones, pues se trata de la cobertura más común al grado de hablar únicamente del seguro de vida, mediante la cual la aseguradora realizará el pago de la prestación a los beneficiarios designados, al momento de acaecer la muerte del asegurante.

B) RIESGO DE VIDA O SUPERVIVENCIA

Este tipo de cobertura en ocasiones suele ser poco entendida e inclusive aberrante para muchas personas, al no aceptar como un *riesgo*, a lo que aunque sea suceso futuro e incierto, no puede considerarse *dañoso* para una persona, es decir, no se acepta ampliamente que una persona esté expuesta al riesgo de *sobrevivir* a una determinada fecha, y mucho menos que dicha situación le cause alguna *afectación*.

Sin embargo no es propiamente la supervivencia lo que constituye el riesgo, cuya realización afecta al asegurante, sino la mayor dificultad para poder ganarse la vida y aun la imposibilidad de lograrlo, porque el asegurante al sobrevivir después de determinada fecha puede encontrarse incapacitado incluso total y permanentemente. Generalmente este tipo de seguro de vida se emplea como medio para obtener pensiones vitalicias, que en promedio se paga

21. Ver Ruiz Rueda, *Op. Cit.*, pág. 207 y sigs.

a partir de los sesenta años de edad. En este sentido se prevé que incuestionablemente el paso del tiempo va provocando, a partir de cierta edad, menos facilidad para el trabajo y por lo mismo menos productividad en él, de tal manera que la contratación del seguro de vida se hace para que cuando se dé el siniestro (supervivencia a cierta fecha), se cuente con los medios de subsistencia necesarios para hacer frente a la eventualidad.⁽²²⁾

Es así que desde este punto de vista, sí puede entenderse tal situación como un verdadero riesgo, de manera que la expresión *riesgo de vida o supervivencia*, es solamente una manera figurada de hablar.

En la práctica el seguro de vida que cubre el riesgo de supervivencia, opera cuando la aseguradora se obliga a pagar el monto de la suma asegurada en caso de que el asegurado llegue con vida a una determinada fecha que señala el vencimiento de un plazo determinado para indicar el momento en que se produce el siniestro, es decir la *supervivencia* en esa fecha.

C) RIESGO MIXTO

En la práctica asegurativa se conoce como *seguro mixto* al seguro de supervivencia en determinado plazo estipulado en el contrato, a cuyo vencimiento se pagará la suma asegurada si el asegurante sobrevive, pero en el que se conviene también, que si antes de vencerse ese plazo, muere el asegurante, se pagará la suma asegurada a sus beneficiarios, que son *terceros* en relación al contrato, en caso de que existiesen éstos, o bien, a la sucesión del asegurante. De esta manera tenemos que el seguro mixto es aquel que cubre los dos riesgos, el de *muerte* y el de *supervivencia*.⁽²³⁾

22. Vázquez del Mercado, *Op. Cit.*, pág. 315.

23. Ver Rulz Rueda, *Op. Cit.*, pág. 209.

2) EL INTERÉS ASEGURABLE EN EL SEGURO DE VIDA

Ya en el capítulo II se señaló que en el presente trabajo el interés asegurable sería considerado como objeto del contrato, así como que la presencia del interés asegurable se percibe del artículo 10. LCS; sin embargo es el artículo 152 LCS, el que prevé que todo interés que se tenga en la afectación a la vida, integridad física y salud vital podrá ser objeto del contrato de seguro sobre las personas.

A fin de evitar que el contrato de seguro llegase a derivar en apuesta o juego, o motivo para destruir la cosa asegurada y con ello tergiversar la finalidad del seguro, se acepta comúnmente que para que el seguro resulte válido es necesario que exista en el asegurante un interés susceptible de ser asegurable.

De ahí la importancia del interés asegurable, "toda vez que constituye el objeto del contrato, siendo por ende su existencia condición para legitimar el mismo, esto es, que resulte válido"⁽²⁴⁾. Tenemos así que, el interés asegurable es la relación de una persona con una cosa, amenazada por un riesgo determinado, sin embargo no es necesario calificar de económica tal relación, pues como se puede apreciar, en el seguro de daños, en el concepto de riesgo está comprendido el daño patrimonial.⁽²⁵⁾

En principio puede considerarse que todo interés es asegurable, basándose en el principio de que todo lo que no está jurídicamente prohibido está jurídicamente permitido, sin embargo existen ciertas limitantes al interés asegurable. El interés visto como la relación de una persona con una cosa.

24. *Borga Ernesto Eduardo, en Enciclopedia Jurídica Omeba. Tomo XVI, pág. 394.*

25. *Rulz Rueda, Op. Cit., pág. 164 y sigs.*

"existe por sí mismo, independientemente de que lo amenace o no un riesgo, es decir, que el riesgo no constituye la premisa de existencia del interés sino la condición de su asegurabilidad".²⁶ En el caso del seguro de daños, el tomador del seguro, o en su caso el tercero a favor de quien se contrata deben tener un interés en que el riesgo sobre el que se contrata no se convierta en siniestro, evitando la disminución de su patrimonio (Art. 85 LCS).

Es claro que en el seguro de daños el interés existe siempre que el patrimonio, considerado en lo general o en uno de sus elementos concretos, presentes o futuros, se vea expuesto a una eventualidad dañosa. De este modo, si el riesgo es una eventualidad económicamente dañosa y desfavorable, y considerando que no existe hecho abstractamente dañoso, sino sólo en relación con alguna persona, es obvio que el interés es un elemento del riesgo asegurable y no éste de aquél.

Tenemos que el interés asegurable en el seguro de daños es susceptible de valorarse en dinero, situación que se deduce del artículo 91 de la LCS, tomando en cuenta, para fijar la indemnización, el valor del interés asegurable al momento de ocurrir el siniestro. De esta forma el interés asegurable sólo puede considerarse con relación a un sujeto quien es el titular del mismo (interés) en relación con una cosa, por lo que encontramos que en el interés hay 3 elementos: sujeto, objeto y relación entre éstos dos.

Dado que en el contrato de seguro el interés asegurable "no es esencial para realizarlo, pues los requisitos esenciales del contrato están en la prima y la cobertura; pero sí es condición de su validez, por lo que puede

26. *Ibidem*, pág. 164.

llegar a existir en el momento de ocurrir la pérdida⁽²⁷⁾, de lo que se deduce que el mismo puede o no existir al celebrarse el contrato.

Sin embargo en el caso que nos ocupa, *seguro de vida*, la situación es más compleja, sobre todo considerando las voces que reclaman la existencia de un principio indemnizatorio en el contrato de seguro sobre las personas, en especial el seguro de vida, proclamando el carácter unitario del contrato de seguro, o el que otros más reparan la repugnancia de considerar al hombre una cosa susceptible de valorar y aún de concebir relación económica entre el sujeto y su propio cuerpo.

De conformidad con lo señalado en el artículo 152 de la LCS, el seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos sobre las personas, o bien dar lugar a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro, situación opuesta al *seguro de daños*, pues en el artículo 86 de la LCS se señala que la empresa aseguradora responde solamente por el daño causado, consagrando de algún modo el estricto carácter indemnizatorio del seguro de daños, toda vez que en este tipo de seguro es necesario que el peligro de daño amenace el patrimonio del asegurado.

Generalmente se ha reconocido que toda persona tiene un interés asegurable *ilimitado* sobre su propia vida, en el sentido de que ninguna aseguradora emitiría un seguro por una suma superior a la adecuada a las circunstancias y medios del solicitante; en este sentido, es clara la existencia del interés asegurable en el seguro sobre la vida de la persona que solicita el seguro (sin embargo hay que considerar, según se verá más adelante, la naturaleza de dicho interés asegurable); por otra parte, los problemas derivados del interés asegurable en el seguro de vida, se presentan en el caso de los segu-

27. *Borga, Op. Cit.,* pág. 396.

ros de vida de terceras personas: al respecto hay quienes señalan que en tales casos hay un interés asegurable cuando la persona que hace el contrato tiene una esperanza de *beneficio financiero*, que se derive de la continuación de la vida del asegurante, o bien de una *pérdida financiera* por su muerte. En estos casos el interés asegurable puede originarse por parentesco con esperanza de beneficio financiero o bien de relaciones comerciales.⁽²⁸⁾

Al respecto en el *seguro de personas* no se requiere la amenaza de daño patrimonial, sólo basta que el riesgo incida sobre la persona del asegurado, sin que sea necesario que exista el interés económico, pues dicho contrato no es necesariamente indemnizatorio.⁽²⁹⁾

De lo anterior podemos derivar que en el seguro de personas se puede cubrir también un interés económico, el cual no siempre será constante, debido a que no se habla de vinculación entre sujeto-objeto (cuerpo), sino que se habla de la tutela que el asegurante busca en relación con un evento que afecte su existencia, integridad o salud.

Tal opinión ha sido superada considerando al hombre no como un bien, sino como sujeto productivo y consecuentemente su trabajo es lo susceptible de valorarse⁽³⁰⁾. En este caso la relación se daría entre el sujeto y el esfuerzo que realiza su propio cuerpo, situación congruente con lo establecido en el artículo 152 de la LCS. Además de tal razonamiento, es conveniente tener presente la finalidad jurídico-social que pretende el asegurante al contratar un seguro de vida, tema que será tratado posteriormente.

28. Ver Maclean, *Op. Cit.*, pág. 537 y sigs.

29. Ruiz Rueda, *Op. Cit.*, pág. 167 y sigs.

30. Cfr. Vázquez del Mercado, *Op. Cit.*, pág. 272 y sigs.

Por otra parte, la existencia del interés asegurable en el seguro de vida se justifica por su tendencia a evitar todo incentivo para el crimen, además de que su carencia convierte al seguro en un juego de azar, y el juego de azar va en contra de la política pública. Asimismo, dicha exigencia se encuentra debilitada por varias cualificaciones, y en el seguro de vida no es sinónimo del "principio de indemnización" del seguro de daños.⁽³²⁾

Se sabe de un caso famoso en el cual se citó al interés asegurable como el "interés que procede de las relaciones de la parte que obtiene el seguro, ya sea como acreedor o fiador del asegurado, o de vínculos de sangre o afecto con éste, los cuales justifiquen la esperanza razonable de *beneficios* al proseguirse la existencia del mismo".⁽³²⁾

De la anterior referencia tenemos que el interés asegurable en el seguro de vida, puede surgir de diferentes causas, las cuales podemos agrupar en tres grupos generales:⁽³³⁾

- A) *Interés de una persona sobre su propia vida.* Anteriormente se señaló que no hay duda en que todo individuo tiene un interés ilimitado sobre su propia vida, razón por la cual puede contratar un seguro de vida por la cantidad que pueda pagar y que la aseguradora acepte. Asimismo se encuentra en total libertad, de acuerdo a sus posibilidades, de determinar el monto del seguro, así como designar a los beneficiarios del mismo, o bien exigir que dicho pago se agregue a su herencia; en pocas palabras el asegurante se encuentra facultado para determinar el fin y uso del producto del seguro.

31. Cfr. Riegel, *Op. Cit.*, pág. 239 y sigs.

32. *Idibem*, pág. 239.

33. *Idibem*, pág. 240 y sigs.

* *Seguro tomado por alguien que no sea el asegurante.* Cuando el seguro es adquirido por persona distinta del asegurante, es imprescindible la existencia del interés asegurable, ya sea en el tomador o bien en el beneficiario. En este caso se debe tener presente que tal como lo señala la LCS en su artículo 156, una persona no puede asegurar la vida de otra sin el consentimiento del asegurante, aún cuando exista un interés asegurable. Dentro de las excepciones a esta regla podemos citar los casos de cónyuges, y padres e hijos.

- B) *Interés asegurable procedente de parentesco o relación afectiva.* Este tipo de interés surge por "amor o afecto", producidos por las relaciones de la sangre o el matrimonio, aunque el simple parentesco no es evidencia total de la existencia del interés asegurable. Al respecto se considera su existencia en el caso de marido y mujer y aún más en el de padres e hijos; además de estas situaciones, algunos autores consideran la existencia de "ciertas esperanzas de pérdidas monetarias que son necesarias para crear un interés asegurable".⁽²¹⁾ Sin embargo, no se debe perder de vista que es el propio asegurante que contrata su propia póliza, quien puede hacer beneficiario a la persona que desee.
- C) *Interés monetario.* Este tipo de interés se da aun cuando no exista relación de parentesco o afectiva, y sobre todo en los casos en que una parte pueda verse perjudicada financieramente por el fallecimiento de otra; los ejemplos más comunes son:

- a) *El acreedor que tiene interés en la vida de su deudor, en la medida en que las posibilidades del reembolso de su capital disminuirán al fallecer éste.*
- b) *Un dependiente o pariente lejano puede tener interés pecuniario, como sería el caso de la persona de edad avanzada que depende económicamente de un pariente lejano, y el fallecimiento de este último destruiría el sostén del anciano.*
- c) *Un asociado tiene interés en la vida de los otros socios, como pudiera ser en los casos en que se desea que el control del negocio recaiga sobre determinada persona.*
- d) *Una sociedad está interesada en la vida de un funcionario o empleado que representa un valor especial para la sociedad.*

Por cuanto al principio indemnizatorio del seguro, en este caso parece ser notorio que en el seguro de personas no es esencial, aún más cuando el artículo 10. de la LCS establece la dualidad del seguro, señalando que la aseguradora se obliga a resarcir el daño o PAGAR UNA SUMA DE DINERO, situación que aún es más clara en el seguro de vida en el que siempre habrá que pactarse una suma que no será indemnizatoria porque la vida humana es un valor ético que excluye toda cuantificación económica.

IV. EL BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA

1) CONCEPTO

Como se citó en el capítulo II, el carácter del beneficiario no siempre incide en el de asegurante.

En el seguro de daños dicha "confusión" suele presentarse a menudo, pues es el asegurante quien generalmente recibe los *beneficios* del seguro en el caso de producirse el siniestro: situación totalmente contraria se presenta en el seguro de vida, donde la presencia del beneficiario es importante para su configuración como contrato, de aquí que el seguro de vida sea llamado contrato de tercero (beneficiario), el cual no es parte en el contrato, aun cuando se le haya designado así en la póliza, sino que adquiere un derecho propio y directo sobre el producto del seguro desde el momento en que se produce la muerte prevista en el contrato de seguro.⁽³⁵⁾

De esta forma se puede definir al beneficiario como el tercero acreedor de la prestación del asegurante, es decir, aquella persona diversa que recibe el producto del seguro⁽³⁶⁾; tenemos pues que el beneficiario puede ser persona física o moral; es el titular del derecho de pago de la suma asegurada por razón del interés económico sobre la cosa asegurada (seguro de daños); o por habersele designado así o por su carácter de heredero (seguro de personas).

35. Cfr. Meilij, *Op. Cit.*, pág. 173.

36. Vázquez del Mercado, *Op. Cit.*, pág. 317.

Según se desprende del artículo 163 de la LCS:

"ARTICULO 163 LCS.- El asegurado tendrá derecho a designar un tercero como *beneficiario*, sin necesidad del consentimiento de la empresa aseguradora. La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro".

"El beneficiario de un seguro de vida se encuentra favorecido en la póliza sin ninguna intervención de su parte. No puede aceptar el trato porque no le es dable comprometer la esencial libertad del asegurante para nombrar beneficiarios tantas veces como crea conveniente. No tiene ninguna acción contra el asegurante ni contra la aseguradora para garantizar su eventual derecho, obteniendo únicamente el derecho al producirse el siniestro y hacer efectiva la póliza. Acepta porque cobra y cobra porque acepta".⁽²⁷⁾

2) DESIGNACION

El beneficiario no es parte contratante del seguro sino que es un tercero. De tal forma en el seguro de vida, su designación queda a la libre voluntad del asegurante: es un acto unilateral, el cual, como señala el Art. 163 LCS, no está sujeto a conformidad de la aseguradora:

De esta forma, la designación del beneficiario constituye una orden para la aseguradora, la cual en ningún momento podrá oponerse a la designación de

37. Cortez Jiménez, Eduardo, *En Enciclopedia Jurídica Omeba*, pág. 385.

determinado beneficiario, toda vez que la misma corresponde únicamente al asegurante. (**)

En un momento dado, la intervención de la aseguradora en la designación del beneficiario, podría concretarse en realizar una observación al asegurante en relación con la redacción propuesta por este último, en el sentido de no ser clara y precisa, pudiendo ocasionar confusiones al momento de realizar el pago de la prestación: aún en este caso, será necesaria la aprobación del asegurante. En este caso cabe considerar que generalmente las aseguradoras cuentan con planes de seguros ya establecidos, los cuales se establecen en "machotes" autorizados por la CNSF.

En realidad en varias ocasiones la designación del beneficiario es confusa o contradictoria, por lo que se habría de interpretar el espíritu o intención del asegurante, considerando que de conformidad con los artículos 1851 a 1857 del Código Civil para el Distrito Federal, si las palabras parecieren contrarias a la intención evidente de los contratantes, prevalecerá ésta (la intención) sobre aquéllas.

La simple designación del beneficiario no da derecho alguno al mismo, sino hasta que se suscita el siniestro: "siendo por lo tanto un *derecho imperfecto o secundario* el que tiene, ya que nace hasta el momento en que se

38. Cfr. Martínez Gil, *Op. Cit.*, pág. 57 y sigs.

realiza la eventualidad prevista en el contrato por lo que el derecho del beneficiario es condicionado".(39)

La póliza del contrato de seguro debe contener la designación expresa del o de los beneficiarios, con el objeto de que la compañía aseguradora pueda tener la certeza de que la persona que ejercita el derecho a cobrar los *beneficios* de la póliza está facultada para ello. Así mismo, tiene como finalidad obtener el beneficio inmediato del capital.

El Art. 165 LCS señala que el derecho del asegurante de revocar al beneficiario, solamente cesará cuando haga renuncia expresa de él; de lo anterior se deduce que la designación del beneficiario puede hacerse en el momento de la propuesta (oferta), cuando se celebre el contrato, o en un acto posterior.

Respecto a la designación del beneficiario, es pertinente partir de los artículos 20 fracción VII y 153 fracción II de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, los cuales indican los requisitos que debe cumplir la póliza del seguro, entre los que se encuentra la designación del beneficiario, desprendiéndose de la fracción II del Art. 153 citado, que en la designación del beneficiario, éstos pueden ser determinados o indeterminados:

"ARTICULO 153 LCS.- La póliza del seguro sobre las personas además de los requisitos que establece el artículo 20 de la presente ley, deberá contener los siguientes:

"...

39. *Ibidem*, pág. 58.

"II.- El nombre completo de beneficiario *si hay alguno determinado*:"

El beneficiario determinado, es aquel que se expresa en nombre y apellidos, o bien, denominación o razón social de la empresa, al respecto cabe hacer algunos señalamientos en relación al beneficiario:⁴⁰

- I. Cuando el asegurante fallece, los beneficios del seguro le corresponden al beneficiario, el cual tiene un derecho propio, mismo que podrá hacer valer directamente a la compañía.
- II. Cuando el beneficiario, expresamente determinado fallece antes o al mismo tiempo que el asegurante, sin que éste haya efectuado un cambio del mismo en la póliza, el seguro pasará a los herederos legales del asegurante.
- III. Cuando el beneficiario, expresamente determinado, fallece después de la muerte del asegurante, sin que haya cobrado el beneficio del seguro, éste pasará a los herederos legales del beneficiario, ya que se trata de un derecho adquirido por parte del beneficiario y originado con la muerte del asegurante.
- IV. Cuando el beneficiario, después de la muerte del asegurante, pero sin que haya retirado el importe del seguro que le corresponde, deja testamento, podrá incluir en el mismo el beneficio del seguro. Esto se debe a que en el testamento se puede disponer de los bienes y derechos presentes y futuros.
- V. Los llamados beneficiarios determinados de designación sucesiva, que no son otros más que cuando en un contrato se deja como bene-

40. *Ibidem*, pág. 59 y sigs.

ficiario a una persona determinada en primer término, y se agrega que "a falta de", "por muerte de", o "en defecto de", y se designa otra persona determinada en segundo término; tal designación se entiende como una orden subsidiaria y como una manifestación de voluntad expresa para que el beneficio del seguro lo reciban por muerte del primer beneficiario los subsecuentes. En estos casos, como es natural, el derecho de los beneficiarios designados en segundo, tercero o cuarto lugar no nace sino con la muerte del beneficiario inmediato anterior.

- VI. Los llamados beneficiarios determinados complementarios, se presentan cuando una persona desea garantizar a un acreedor. Aquél toma un seguro designando como beneficiario en primer término al acreedor y en segundo lugar al beneficiario que él juzgue conveniente. Lo anterior es para el efecto de que al acontecer el siniestro, la compañía aseguradora pague al primer beneficiario hasta la suma que resulte a su favor en ese momento y la diferencia la entregue al segundo beneficiario.
- VII. Cuando el asegurante designa como beneficiario determinado a una fiduciaria. Esto es con el objeto de que el importe del seguro sea entregado a la misma con la finalidad de que lo administre en los términos previamente expresados en el contrato de fideicomiso que deberá celebrar el asegurante con la fiduciaria. Este tipo de designación tiene como finalidad asegurar una obligación alimenticia, o cuando el beneficiario no sea capaz de administrar adecuadamente sus bienes.
- VIII. Los llamados *beneficiarios determinados mixtos*, que son aquéllos en que el beneficiario designado en primer término aparece con nombres y apellidos y el nombrado en segundo lugar, o sea como

beneficiario sustituto, es indeterminado, o sea que no está su nombre, sino su género.

- IX. Si los beneficiarios fueran un grupo de personas, se deberá establecer el porcentaje que corresponderá a cada una de ellas. Si esta situación sucediera con el grupo formado por los herederos del asegurado, la distribución del seguro se hará con arreglo a las cuotas hereditarias correspondientes.⁽⁴¹⁾
- X. Si no se designa beneficiario o la designación no contiene los elementos necesarios para la determinación del beneficiario, los beneficios del seguro serán para sus herederos.⁽⁴²⁾

Lo anterior son sólo algunas de las posibles situaciones que pudieran presentarse en la designación del beneficiario, la cual invariablemente dependerá de la voluntad del asegurante.

3) QUIENES PUEDEN SER BENEFICIARIOS

De conformidad con el artículo 163 LCS, el asegurante es el único al que le asiste la facultad de designar al beneficiario, por lo que podemos señalar que tal designación quedará a su albedrío, señalando como beneficiario a la persona que considere más conveniente, basado en sus consideraciones propias, vínculos personales, valores, la finalidad con que contrató el seguro, etc.:

41. *Meilij, Op. Cit.,* pág. 173.

42. *Idem.*

es decir, la designación del beneficiario se llevará a cabo después de un razonamiento del asegurante, el cual no está obligado a señalar

Respecto a los motivos que llevan al asegurante a nombrar determinado beneficiario, se puede realizar la siguiente clasificación: (**)

A) Beneficiarios a Título Gratuito.

Dentro de esta clasificación podemos incluir todas aquellas designaciones en las que no exista, jurídicamente, la "obligación" del asegurante de señalar determinada persona, es decir que el asegurante nombrará al beneficiario que desee, tomando en cuenta únicamente los vínculos familiares, afectivos o morales que tenga con determinada persona. (**)

B) Beneficiarios a Título Oneroso.

En esta clasificación, como su nombre lo indica, se incluyen todas aquellas designaciones en las que el asegurante tiene la obligación de designar a determinada persona como su beneficiaria; el ejemplo más común es aquél en el que el asegurante en su carácter de deudor deba otorgar la *seguridad* del pago a su acreedor, en este caso se nombrará al beneficiario en virtud del adeudo que se tiene con él, pero el mismo puede ser revocado al momento de cubrirse aquél, o bien, si muere antes el asegurante, el beneficiario recibirá del producto del seguro hasta el monto a que ascienda en ese momento la deuda; en este caso operaría la figura del beneficiario complementario, el cual recibiría el producto restante.

43. *Ibidem*, pág. 173.

44. *Idem*.

Por otra parte, en el momento en que se hace valer el derecho propio del beneficiario ante la aseguradora al producirse el siniestro, la LCS establece algunos medios de protección del beneficio del seguro:⁴⁵⁾

- I. De antemano se debe tener presente, como se verá más adelante, que aún hecha la designación, el asegurante podrá disponer libremente del derecho derivado del seguro, ya sea por acto entre vivos o por causa de muerte, siempre y cuando no haya renunciado al derecho de revocar la designación (Art. 164 primer párrafo, LCS).
- II. En relación a la facultad que tiene el asegurante de designar al beneficiario, se encuentra también el derecho que tiene el mismo para "sustituir" la designación realizada con anterioridad: de esta manera dicha facultad cesará mediante *renuncia expresa* que realice el asegurante (Art. 165 LCS).
- III. Los efectos de la designación del beneficiario quedan en suspenso cuando el asegurado es declarado en estado de concurso o quiebra, o cuando ha sido embargado; una vez superadas estas situaciones el beneficiario queda restablecido de pleno derecho. (Art. 167 LCS) Este artículo parece contener una garantía en el sentido de proteger el beneficio del seguro, dando la certeza de que este sea entregado al beneficiario.
- IV. También en el caso de que el asegurante haya renunciado al derecho de revocar al beneficiario, el derecho que adquiere este último no podrá ser susceptible de embargo ni quedará sujeto a ejecución en caso de quiebra o concurso. (Art. 168 LCS)

45. Ver *Vásquez del Mercado, Op. Cit.*, pág. 318.

- V. Esta misma protección del beneficio del seguro, opera invariablemente en el caso de beneficiarios como cónyuge o descendientes del asegurante. (Art. 169 LCS).

Respecto al tema de quiénes pueden ser designados beneficiarios, podemos concluir que tal selección es exclusiva del asegurante; por lo tanto, basado en su propia voluntad, el asegurante podrá nombrar a la persona que desee, con la cual podrá tener alguno de los vínculos señalados con anterioridad, o bien, podrá designar a alguna persona con la que no exista vínculo familiar, moral, afectivo; y aún más, dicha designación podrá ser sin considerar en la finalidad del seguro, factores como la previsión, garantía o "indemnización". Lo cual de ninguna manera invalida la designación del beneficiario, pues como se deduce del artículo 163 LCS, el asegurante no está obligado a tener vínculo de algún tipo con el tercero a quien decida designar como beneficiario.

4) REVOCACION DEL BENEFICIARIO

Respecto a la facultad que tiene el asegurante de designar al beneficiario, podemos citar que existen dos formas de designación: *beneficiario revocable*, es decir aquel beneficiario que en cualquier momento puede ser sustituido cuando el asegurante lo considere conveniente; y *beneficiario irrevocable*, en el que el asegurante renuncia a la facultad de sustituir al mismo; lo anterior se deduce de lo establecido en el Art. 165 LCS, que a la letra dice:

"ARTICULO 165 LCS.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, lo comuniqué al beneficia-

rio y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza, y esta constancia será el único medio de prueba".

Por lo anterior, una vez que el asegurante decide renunciar a su derecho a revocar al beneficiario designado, éste último no podrá ser removido del nombramiento, y en cierto modo tendrá la certeza de ser quien reciba el beneficio del seguro. Hay quienes aseguran al respecto, que una vez que se designa al beneficiario irrevocable "el interés de éste es absoluto desde el momento en que la póliza entre en vigor... (en este caso), los tribunales han sostenido que la póliza, así como el dinero que deberá pagarse de acuerdo con ella, *corresponden* desde el momento en que se emiten al beneficiario, y la persona que procura el seguro no tiene ninguna clase de facultades para transferir a cualquier otra persona el interés del beneficiario nombrado".⁴⁶

De cualquier forma los dos tipos de designación tienen sus ventajas. Por ejemplo si se desea que los beneficios del seguro sean concedidos al beneficiario en forma de una donación, la más adecuada sería la designación irrevocable. Asimismo, un esposo puede desear la creación de una herencia en beneficio de su esposa y sus hijos, obteniendo, de este modo, la seguridad de que, en caso de dificultades financieras futuras imprevistas, el valor acumulado de la póliza quede fuera del alcance de los acreedores. Por otra parte, si el asegurado desea hacer uso para sí mismo de la póliza, con objeto de ofrecer garantías para un préstamo, o si cree que puede llegar el momento en que quiera renunciarla o transferirla y no desea estar bajo la obligación de obtener el consentimiento del beneficiario, la forma más apropiada para él es aquella según la cual se reserva el derecho de revocación.

46. Magee, *Op. Cit.*, pág. 702.

Es claro que a consecuencia de la revocación del beneficiario, se extinguen los derechos que éste pudiera haber tenido sobre el seguro; además de la revocación (Art. 164 LCS), los derechos del beneficiario se *extinguen* por diversas causas que operan como condiciones resolutorias -independientemente de la extinción del contrato-, tales como son atentar contra la vida del asegurante (Art. 185 LCS), la premoriencia o la conmuerencia (Art. 164 LCS) y eventualmente se *suspenden* por concurso, quiebra o embargo de los derechos del asegurante a la suma asegurada (Art. 167 LCS). En estos tres últimos supuestos (concurso, quiebra o embargo), no hay suspensión cuando los beneficiarios son el cónyuge o los descendientes del asegurante (Art 169 LCS), debido a que los intereses, además, de los derechos de éstos, se encuentran protegidos por la ley. (Arts. 170 y 179 LCS).

Todas estas causas de resolución, suspensión y extinción de los derechos del beneficiario, salvo el atentado contra la vida del asegurado, tienen como base la revocabilidad de la designación de los beneficiarios, que es la regla general establecida en el artículo 164 LCS.⁽⁴⁷⁾

Es conveniente señalar, que al igual que el asegurante tiene el derecho a designar a sus beneficiarios (mismo que ejercita discrecionalmente), también tiene la facultad discrecional de revocar a los mismos (salvo que haya renunciado a tal derecho). De tal forma tenemos que al momento de producirse el riesgo, el beneficiario que recibe los beneficios no necesariamente debe ser el primer nombrado.

Este punto es una señal importante que viene a reforzar el objetivo de este trabajo, en relación con la inexistencia del principio indemnizatorio en el seguro de vida, toda vez que la LCS no exige al asegurante que la designación del beneficiario se realice en base a un vínculo (afectivo, moral, one-

47. Cfr. Ruiz Rueda, *Op. Cit.*, pág. 242.

roso, etc.), de tal manera que el beneficiario que finalmente reciba el producto del seguro, puede no haber sufrido ninguna afectación, pues tal vez la voluntad del asegurante fue simplemente otorgar un beneficio al mismo, al cual en un momento dado, puede no haber conocido.

V. FINALIDAD JURIDICO SOCIAL DEL SEGURO DE VIDA

Al contratar un seguro, es evidente que con dicho acto el asegurado persigue alguna finalidad; al respecto es evidente que la principal finalidad es enfrentarse al siniestro. De esta forma podemos señalar que en general existen 3 medios por los cuales se puede hacer frente al problema del riesgo, mismos que pueden aplicarse solos o en combinación; a saber: prevención y protección contra el riesgo, aceptación del mismo por cuenta propia y el seguro.⁽⁴⁸⁾

La prevención es, con mucho, la mejor solución del problema del riesgo, por ser la más eficaz y barata, al mismo tiempo que es el medio idóneo para evitar consecuencias desafortunadas, sin embargo, tanto la prevención como la precaución no siempre resultan eficaces, por lo cual hay que hacer uso de otros medios más generalizados como el seguro.

Por su parte pueden existir aquellos que decidan aceptar o retener el riesgo por cuenta propia, sobre todo en los casos en que la prevención no basta y el riesgo resulta "insignificante", o bien cuando se considera que resultaría más barato aceptar el siniestro.

Sin embargo la figura del seguro es uno de los medios más acertado para enfrentar el riesgo: el cual desde un punto de vista funcional "es un dispositivo social mediante el cual los riesgos inciertos de los individuos pueden

48. Cfr. Riegel, Op. Cit., pág. 45 y sigs.

combinarse en grupos para convertirse así en algo más certero⁽⁴⁹⁾ y en el que pequeñas contribuciones periódicas proporcionan fondos de los cuales se echará mano para ayudar a los afectados.

Desde este punto de vista se ha considerado al seguro como una figura de *previsión*, lo cual no se encuentra a discusión, siendo la forma más común de enfrentarse al riesgo y menguar los efectos del siniestro: no obstante lo anterior, es oportuno conocer contra qué efectos opera tal *previsión*, los cuales sin duda son considerados por el asegurante al sentir la "necesidad" de contratar un seguro.

En el caso de los seguros sobre las personas también existe el factor de la *previsión*, principalmente en los seguros de accidentes y enfermedades así como sus variantes (gastos médicos, hospitalarios, funerarios, etc.), en los que se contrata el seguro para que a la realización del riesgo, haga frente a los efectos de éste. En el caso del seguro de vida se presentan además algunas otras condiciones en relación a la finalidad del seguro, en virtud de que el producto de éste no se entregará al propio asegurante, sino a los beneficiarios que el mismo designe.

De tal forma, en la contratación de un seguro de vida, y por consiguiente en la designación de los beneficiarios, habrán de considerarse los motivos del asegurante para realizar éstos. Tales motivos pueden ser múltiples y variados, pero para efectos prácticos podemos agruparlos en *garantía, previsión y beneficio*.

49. *Ibidem*, pág. 51.

Desde el punto de vista del sustentante, tales motivos del asegurante para contratar el seguro de vida influyen en la determinación de la naturaleza de la prestación a cargo de la aseguradora, por lo cual serán analizados en el siguiente capítulo, una vez que se haya comentado sobre la figura de la indemnización y la existencia del daño que pudiera sufrir el beneficiario.

FALTA PAGINA

No. 171

CAPITULO

CUARTO

**NATURALEZA JURIDICA DE LA PRESTACION DE LA
ASEGURADORA EN EL SEGURO DE VIDA**

CAPITULO CUARTO

NATURALEZA JURIDICA DE LA PRESTACION DE LA ASEGURADORA EN EL SEGURO DE VIDA

Como se citó en el desarrollo del presente trabajo, el punto principal es determinar la naturaleza jurídica de la prestación de la aseguradora en el seguro de vida. Por tal motivo en capítulos precedentes se han analizado los puntos esenciales para tal objeto, haciendo hincapié en aquellos como riesgo de vida, determinación de la prima, presencia del beneficiario y principalmente la finalidad jurídico social con la que el asegurante contrata el seguro de vida, por considerar a ésta como aspecto importante en la determinación de la naturaleza de la prestación de la aseguradora, con lo cual se puede dotar a la misma del carácter de *beneficio*.

Al respecto, en el presente capítulo se hará un análisis específico de la prestación de la aseguradora, desde el momento en que se genera la obligación de cubrirla hasta que la misma es recibida por los beneficiarios, así como de algunos conceptos complementarios que fundamentan la postura de este trabajo, tales como la función de la prestación y la relación entre ésta, el asegurante y sobre todo el beneficiario, no sin antes considerar la existencia del daño que pudiera sufrir este último.

I. EL SINIESTRO EN EL SEGURO DE VIDA

1) LA REALIZACION DEL RIESGO

En el contrato de seguro, y el de vida no es la excepción, la realización del riesgo (el siniestro), significa el nacimiento de la obligación de la aseguradora, motivo por el cual debe cubrir al beneficiario la contraprestación indicada en la póliza.

Se deduce de los artículos 10., 113 y 114 de la LCS, que en el seguro de vida el *siniestro* es la realización del riesgo o acontecimiento contingente (eventualidad prevista) que amenazaba a una persona en su integridad física⁽¹⁾. Como es de notarse ya no se maneja el término incierto que se manejaba en la definición de riesgo, porque al momento de realizarse el mismo ya no es incierto, ya es siniestro.

Dicho siniestro marca el momento en que la aseguradora debe hacer efectiva la obligación que contrajo, la cual realizará de conformidad con lo pactado con el asegurante, y en la que el beneficiario, como veremos más adelante, deberá seguir ciertos lineamientos para hacer efectivo su derecho.

1. *Martínez Gil, Manual Teórico y Práctico de Seguros. México, Porrúa, 1984, pdg. 226.*

2) EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO POR LA ASEGURADORA

A efecto de que la aseguradora pueda dar cumplimiento a lo pactado en el contrato, será necesario en primer lugar que se haga de su conocimiento la realización del riesgo, siendo ésta una de las obligaciones que corre a cargo del beneficiario. Asimismo será necesario que este último exprese su voluntad de aceptar el *beneficio* del seguro, independientemente de que dicho derecho emane de la designación y se haya convertido en irrevocable con el siniestro.⁽²⁾

De esta manera tenemos que la aceptación del producto por parte del beneficiario, no es más que una formalidad para el perfeccionamiento de su derecho y para garantizar el cumplimiento de la contraprestación a cargo de la aseguradora.

A) OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

Después del siniestro la aseguradora debe pagar al beneficiario el monto del capital o la renta, sin ningún otro accesorio que no haya sido pactado expresamente. Además, deben deducirse las primas que no hayan sido satisfechas en término, así como el monto de los préstamos concedidos.

2. *Borga Ernesto, Enciclopedia Jurídica Omeba. Buenos Aires, Bibliográfica Argentina, 1977, pág. 120.*

Cabe destacar que la principal obligación de la aseguradora, reviste las características de ser una *obligación condicional a término*.³⁾ En primer lugar es claro que dicha obligación depende del acaecimiento de un hecho futuro e incierto:⁴⁾ la ocurrencia del siniestro.

Adicionalmente se debe notar que la condición en este caso es *suspensiva y determinada*: suspensiva porque a su acaecimiento se origina el nacimiento de la obligación de la aseguradora y determinada porque dicho acontecimiento debe suceder necesariamente dentro del término de vigencia del contrato.

3) DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

El beneficiario adquiere un derecho propio, que tiene características independientes del patrimonio total del asegurante, pero su situación legal es distinta, tanto antes como después del siniestro, derivado del tipo de designación que haya realizado el asegurante: a título gratuito u oneroso.

Tomando en cuenta que el beneficiario no interviene en la celebración del contrato y su designación generalmente es a título gratuito, tenemos que antes del siniestro su derecho no es un derecho perfecto, pues el beneficiario no puede disponer de él, cederlo ni prendarlo, debido a que aún no ingresa a su patrimonio.

-
3. Ver Barrera Tapias, Los Seguros y el Derecho Civil. Colombia, Facultad de Ciencias Políticas y Económicas de la Pontificia Universidad Javeriana, 1991, pág. 58 y sigs.
4. Como se recordará, en capítulos anteriores se señaló que en el caso del seguro de vida el riesgo no es propiamente la realización de la muerte, sino la fecha en que ésta se producirá.

Producido el siniestro es cuando el beneficiario consolida su derecho contra el asegurante; no obstante lo anterior, debe observarse que la validez de un derecho depende de la validez del contrato de seguro, y que si se impugna éste, queda también impugnado el derecho final del beneficiario.

La situación es distinta tratándose de una designación de beneficiario a título oneroso, pues en este caso el beneficiario adquiere de inmediato un derecho propio que integra su patrimonio, con todas las características que esto implica.⁽⁴⁾

Ahora bien, al momento de producirse el siniestro, y una vez considerados los argumentos anteriores, es decir, una vez que el derecho del beneficiario se perfecciona y puede formar parte de su patrimonio, éste deberá seguir las reglas que dispone la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que generalmente se encuentran contenidas en instructivos que las propias aseguradoras facilitan a los asegurantes, y donde les explican cómo deben de actuar al momento en que se realice el siniestro.

Dicha ley, en su artículo 66 y siguientes nos dice que tan pronto como el beneficiario tenga conocimiento del siniestro, debe dar aviso a la empresa aseguradora, el cual salvo pacto en contrario deberá ser por escrito y en un plazo de cinco días contados a partir del acontecimiento; dicho aviso tiene el efecto de reclamar el derecho que tiene constituido a su favor por la realización del riesgo.

De igual forma debe informar con toda precisión las circunstancias que originaron el siniestro; en caso contrario las obligaciones de la aseguradora quedarán extinguidas si ésta comprueba que tanto el asegurante como su

5. *Itzigsohn de Fischman, Enciclopedia Jurídica Omeba. Buenos Aires. Bibliográfica Argentina, tomo XXV, pág. 329.*

beneficiario la hacen incurrir en error declarando inexactamente los hechos. (Arts. 69 y 70 LCS).

El aviso a que se ha hecho referencia es de suma importancia, debido a que si el mismo no es inmediato (entiéndase dentro del término de 5 días), la aseguradora quedará desligada de las obligaciones derivadas del siniestro (Art. 68 LCS).

Encontramos una nota peculiar cuando la ley determina que la empresa aseguradora no quedará obligada, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del asegurante o del beneficiario (Art. 70 LCS citado); y más adelante la misma ley nos dice que la aseguradora responderá del siniestro, aún cuando éste haya sido causado por culpa del asegurante o del beneficiario, y sólo se le eximirá cuando exista culpa grave (Art. 75 y 76 LCS).

II. LA INDEMNIZACION Y EL DAÑO EN EL SEGURO DE VIDA

En el contrato de seguro, esencialmente en el seguro de daños, la con-
traprestación a cargo de la aseguradora se manifiesta como indemnización;
sin embargo en los seguros de vida, al considerar la presencia del beneficia-
rio al que se le debe cubrir la prestación, el calificativo de indemnización
es impreciso.

Como se ha venido señalando en el desarrollo de este trabajo, la presta-
ción de la aseguradora no necesariamente tiene tal carácter. Es basado en
este criterio, que en este apartado se realizará un breve análisis de la
figura de la indemnización y de la presencia del daño, así como su posible
aplicación en el seguro de vida.

1) EL DAÑO EN EL SEGURO DE VIDA

Dentro del tema de la indemnización, una nota importante es el daño
sufrido por la parte acreedora a la indemnización. Al respecto parece ser
que este punto es importante para determinar la presencia de la indemnización
en el seguro de vida, en virtud de que la "indemnización" es pagada al bene-
ficiario, y es éste el que debería sufrir el "daño".

La acepción general del daño, visto como daño económico o material, es
aquella expresión que conlleva la idea de "detrimento, menoscabo, lesión,
perjuicio, etc.", que de cualquier forma se provoca aun cuando se trate de
actos dirigidos por la persona o contra sí misma, como puede resultar del
suicidio o la automutilación, y también aquel que ocasiona una persona a otra

en forma tal que no implica en su conducta culpa o dolo".⁽⁶⁾

Jurídicamente el daño es regulado por el Código Civil para el Distrito Federal en materia común, y para toda la República Mexicana en materia federal (CC); en el apartado correspondiente al *Incumplimiento de las Obligaciones*; al respecto el artículo 2108 CC lo define como la pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio por la falta de cumplimiento de una obligación. En el precepto siguiente (Art. 2109 CC) el Código caracteriza el *perjuicio* como la privación de cualquier ganancia lícita que debiera haberse obtenido con el cumplimiento de una obligación.

Doctrinalmente y para efectos del resarcimiento, se puede clasificar al daño en cierto e incierto:⁽⁷⁾

- A) **Daño cierto.** Es aquel sobre cuya existencia misma, presente o futura hay certidumbre, pues el perjuicio es efectivo y no depende de otros hechos que pueden en el futuro producirse o no, e inclusive cuando su monto no pueda ser aún determinable.
- B) **Daño incierto.** Es un daño eventual o *simplemente temido*, pues no se tiene la seguridad de que vaya a existir, simplemente aparece como una posibilidad que depende de los hechos contingentes.

De tal forma, como lo señala el artículo 2110 CC, para que el daño sea resarcible, debe ser consecuencia inmediata y directa de la falta de cumplimiento de una obligación. Adicionalmente, podemos comentar que el daño para ser resarcible debe ser un daño cierto, debiendo el accionante probar que ha sufrido un daño efectivo, por tal motivo no debe confundirse la certidumbre con la presencia del daño, pues hay daños futuros que son ciertos cuando

6. *Borga Ernesto, Op. Cit., pág. 511.*

7. *Farina Juan M., en Enciclopedia Jurídica Omega, tomo V, pág. 529.*

forzosamente tendrán verificativo.⁽⁸⁾ En este sentido no siempre es sencillo determinar cuándo estamos en presencia de un daño cierto y cuándo se trata de un daño incierto, por tal motivo se tienen algunos calificativos adicionales para determinar el daño cierto:⁽⁹⁾

- A) **Daño emergente actual.** En este caso la certidumbre adquiere generalmente carácter absoluto; las consecuencias se han producido y por tanto se conoce su monto, de tal forma que el problema se reduce a una operación aritmética.
- B) **Daño emergente en parte futuro.** En este daño se percibe la presencia de cierta certidumbre en lo que respecta a la prolongación inevitable o previsible del daño actual ya sucedido. Su monto es aún indeterminado, pero puede ser calculado prudentemente.
- C) **Lucro cesante.** Respecto al lucro cesante en la determinación del daño cierto, el criterio que se aplica es el de la probabilidad objetiva de acuerdo con las circunstancias del caso, el cual se realiza mediante la evaluación del juez acerca de las ganancias frustradas que la víctima hubiera podido obtener.

Ahora bien, en materia asegurativa aplicar el concepto de daño previsto en el artículo 2108 CC, sería impropio; en primera instancia hay que señalar que en el seguro de vida la relación contractual se da entre asegurante y aseguradora, y al faltar el primero el acreedor al producto del seguro es el beneficiario, el cual no formó parte del contrato, por tal motivo no fue sujeto de derechos y obligaciones:⁽¹⁰⁾ de tal forma la aseguradora tiene la

8. Bejarano Sánchez Manuel, Obligaciones Civiles. México. Haria, 1992, pág. 253.

9. Farina Juan M., Op. Cit., pág. 530.

10. *Se debe considerar que el beneficiario perfecciona su derecho al beneficio del seguro una vez producido el siniestro, por lo que antes de este acontecimiento carece de derechos y obligaciones.*

obligación de cumplir con el pago del seguro, obligación que contrajo directamente con el asegurante; tenemos pues que lo que recibe el beneficiario es un *beneficio* ya que no existe incumplimiento de obligaciones y por lo tanto no sufre daño.

Sin embargo podrá argumentarse que aun cuando el beneficiario no sufriera un daño material, puede sufrir un "daño moral" originado por la muerte del asegurante, el cual sería susceptible de indemnización.

2) EL DAÑO MORAL

El problema del daño moral es tan antiguo como la familia misma. El sentimiento del amor a los familiares o el del honor, los ha tenido el ser humano desde siempre y por ello los juristas de la antigüedad ya se planteaban el problema de saber si este daño era susceptible de resarcirse y en qué forma.

Debido a que este daño afecta la idea del honor, prestigio, integridad moral y familiar, se entiende que haya tenido gran importancia el problema durante la época de la venganza privada, ya que se consideraban de mayor gravedad las ofensas recibidas y las injurias al buen hombre, que los daños materiales (económicos).

Ya el Derecho Romano, en sus últimas etapas, admitió la necesidad jurídica de resarcir los daños morales, inspirado en principios de buena fe y en la actitud que todo hombre de respeto debe observar hacia la integridad moral de los demás y se consagró el principio de que, junto a los bienes materiales de la vida, objeto de protección jurídica, existían otros intere-

ses que también debían ser tutelados y protegidos, aún cuando no fueran bienes materiales; el citado criterio predominó a tal grado, que en la actualidad la mayoría de las legislaciones admiten la existencia del daño moral y pugnan por su reparación.

El maestro Gutiérrez y González considera que al daño moral se le puede definir como el dolor cierto y actual sufrido por una persona física o el desprestigio de una persona moral en sus derechos de la personalidad con motivo de un hecho ilícito o de un riesgo creado y que la ley considere para responsabilizar a su autor.⁽¹²⁾

Es el propio Código Civil el que proporciona la definición de daño moral: al efecto el artículo 1916 CC indica que "por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás". Asimismo se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de una persona.

Como se ha observado, el daño moral es la afectación del "patrimonio moral" de la persona, del cual podemos distinguir dos partes:⁽¹³⁾

- A) Social. Comprende el honor, reputación, consideración de la persona y lesiones estéticas.
- B) Afectiva. Constituida por los sentimientos morales o religiosos, sentimientos de amor, fe, sufrimientos por el ser amado, etc.

11. Ver Gutiérrez y González, Derecho de las Obligaciones, México, Porrúa, 1993.

12. Bejarano Sánchez, Op. Cit., pág. 247.

Básicamente la regulación del daño moral emana del artículo 1916 CC. de la cual sobresale: define el daño moral, declara resarcible el daño moral, dispone su reparación forzosa y no a potestad del juez de la causa, prescribe su cuantificación con independencia del daño económico, y determina la estimación del daño moral por el juez en base a las circunstancias del caso.

Al respecto lo más importante para este trabajo sería el resarcimiento del daño moral, que en términos generales opera de la misma manera que en el daño económico, pues la ley prácticamente da igual trato a ambos tipos de daño. El segundo párrafo del artículo 1916 CC señala que cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero, con independencia de que se haya causado un daño material (económico), tanto en responsabilidad contractual como extracontractual.

Ahora bien, en el seguro de vida podría argumentarse que el beneficiario sufre un daño moral con la pérdida del ser querido, y no podemos negar que la muerte del asegurante bien podría significar una afectación en los sentimientos o afectos del beneficiario; sin embargo una nota importante que determina la naturaleza de la prestación de la aseguradora, es precisamente la ausencia del requisito indispensable para que el daño moral sea resarcible: que sea producido por un "hecho u omisión ilícitos".

En virtud de que el siniestro no se atribuye a la aseguradora convirtiéndola en responsable de un hecho ilícito, ésta no tiene la obligación de indemnizar al beneficiario, pues la obligación que tiene es la de pagarle la cantidad que quedó convenida con el asegurante, la que en ningún momento tiene el carácter de indemnización.

Otra característica peculiar del daño moral resarcible es precisamente el monto de la indemnización, al efecto el cuarto párrafo del artículo 1916 CC establece que el monto de la indemnización lo determinará el juez tomando

en cuenta los derechos lesionados, el grado de responsabilidad, la situación económica del responsable y de la víctima, así como las demás circunstancias del caso.

En el caso del seguro de vida, además de considerar la dualidad establecida por el artículo 10. LCS al señalar que la aseguradora se obliga a resarcir el daño o PAGAR UNA SUMA DE DINERO, así como la inexistencia de la subrogación de la aseguradora en el seguro de vida (Art. 11 LCS), se debe tener presente que el monto de la prestación que pagará la aseguradora no es determinado por el arbitrio judicial o el grado de responsabilidad, sino que como se señaló anteriormente depende básicamente del interés de una persona sobre su propia vida, lo que la lleva a contratar un seguro de vida por la cantidad que pueda pagar y que la aseguradora acepte y que le permite, de acuerdo a sus posibilidades, determinar el monto del seguro, el cual estará relacionado con los riesgos a que esté expuesto, así como con los ingresos que perciba, de tal manera esta prestación no puede considerarse indemnización; sin embargo es conveniente realizar un breve análisis de la citada figura.

3) LA INDEMNIZACION

La definición de indemnización la obtenemos del derecho civil, principalmente relacionada al tema de la responsabilidad civil, la cual en nuestro sistema jurídico tiene dos posibles fuentes:⁽¹³⁾

- A) El hecho ilícito, es decir, la conducta antijurídica, culpable y dañosa: esta fuente tiene por soporte la noción subjetiva de la

13. *Bejarano Sánchez, Op. Cit., págs. 244 y 262.*

culpa pues impone un análisis del matiz de la conducta del sujeto.

- B) El riesgo creado.** Al lado de la responsabilidad subjetiva basada en el culpa, surgió la responsabilidad civil objetiva, la que se apoya en un elemento ajeno a la calificación de la conducta, en un dato aparente, objetivo; al respecto el artículo 1913 CC señala que está obligado a responder por el daño, aún obrando lícitamente, la persona que hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o substancias peligrosas por sí mismas, por su naturaleza explosiva o inflamable o por otras causas análogas.⁽¹⁴⁾

En sí la responsabilidad civil no es la fuente de obligaciones, sino la obligación misma generada por la causa "hecho ilícito", es consecuencia de éste y se traduce en la necesidad de reparar los daños y perjuicios causados a otros:⁽¹⁵⁾ al no ser posible la reparación del daño, se proporciona a la víctima un equivalente en dinero de los derechos o intereses afectados, previa estimación legal:⁽¹⁶⁾ de esta forma tenemos que el contenido principal de la responsabilidad civil es la indemnización.

Por indemnización se entiende "la necesidad jurídica que tiene una persona de observar una conducta que restituya al estado que guardaba un derecho ajeno antes de la realización de un hecho dañoso, culpable o no, que le es imputable a éste, y de no ser posible ello, debe realizar una prestación equivalente al monto del daño y del perjuicio, si lo hubo".⁽¹⁷⁾

Por otra parte, en el Código Civil para el Distrito Federal, específicamente en el *Libro Cuarto, Título Primero, Capítulo V. De las obligaciones que*

14. *A efecto de evitar confusiones, se debe aclarar que el riesgo en el seguro de vida se traduce en la muerte del asegurado, mientras que el riesgo creado es derivado del uso de objetos peligrosos.*
15. *Bejarano Sánchez, Op. Cit., págs. 262 y 263.*
16. *Ver artículos 1916 y 2116 del Código Civil para el Distrito Federal.*
17. *Guilérrez y González, Op. Cit., pág. 499.*

nacen de los actos ilícitos, se señala que estará obligado a la reparación del daño, el que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, a menos que el daño se haya producido a consecuencia de la culpa o negligencia de la víctima (Art. 1910 CC).

En relación al tema en comento, es precisamente el artículo 1915 del citado ordenamiento, el que determina lo que llamamos indemnización, al señalar que "la reparación del daño debe consistir a elección del ofendido, en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios".

Doctrinalmente se considera que un hecho ilícito puede dar lugar a dos tipos de indemnización: una cuando ya se violó el deber y cuando la obligación ya no es susceptible de cumplirse, y otra cuando la obligación es aún susceptible de cumplirse aunque sea con mora.⁽¹⁸⁾ De tal forma tenemos que en los dos supuestos existe la obligación de indemnizar, sin embargo ésta es diferente:

- A) **Indemnización retributiva.** Este tipo de indemnización, generalmente llamada compensatoria, se emplea para denotar que, al no estar en posibilidad de cumplir con la prestación debida, se entregue al ofendido el importe del valor patrimonial que se le ha afectado.

- B) **Indemnización moratoria.** Esta se presenta cuando se viola una obligación previa al hecho ilícito, y se da cuando no hay incumplimiento definitivo de la obligación, sino cumplimiento tardío, persistiendo la obligación de pagar.

18. *Gutiérrez y González, Op. Cit., pág. 499 y sigs.*

Tenemos pues que la obligación de indemnizar es consecuencia de un hecho ilícito. Así en el seguro de vida, tomando en cuenta que se considera que la obligación de la aseguradora es la "indemnización", aquélla tendría que ser la responsable del "daño" causado al beneficiario, con el cual debería tener relación jurídica: debido a que la relación jurídica no existe y que el beneficiario no sufre daño (originado por un hecho ilícito o riesgo creado), la obligación de la aseguradora no se traduce en indemnización, sino que tiene relación estrecha con la finalidad de seguro y la condición del beneficiario.

4) EL BENEFICIARIO, LA PRESTACION Y EL DAÑO

El derecho a exigir la reparación del daño, es un derecho personal o de crédito, cuya fuente jurídica es el hecho ilícito (responsabilidad subjetiva) o bien el riesgo creado (responsabilidad objetiva).⁽¹²⁹⁾

De tal forma el citado derecho personal forma parte del patrimonio y por su naturaleza no es de los que se extinguen con la muerte, sino que es susceptible de transmisión hereditaria. En caso de que la víctima no muriera instantáneamente ella misma es la que debe exigir la reparación del daño, o bien puede transmitir su derecho por contrato o por testamento; en caso de que no le fuera posible realizar testamento, su derecho se transmite por sucesión legítima. De tal forma la herencia o los dependientes económicos

19. *Rojina Villegas Rafael. Derecho Civil Mexicano. Obligaciones. Porrúa. 1983, Vol. II, Tomo V, pdg. 106.*

México.

adquirirán el derecho a la reparación del daño.⁽²⁰⁾

Si se aceptara la aplicación de la indemnización en el seguro de vida, habría que partir del planteamiento de quién tiene derecho a la reparación del daño, que en este caso tendría que ser una tercera persona, pues el asegurado es el que padece el daño (muerte).

De tal suerte, la herencia o los dependientes económicos tendrían el derecho a la reparación del daño, sin embargo en el seguro de vida resalta la voluntad del asegurante a través de la designación de un beneficiario, el cual podría no ser ni heredero ni dependiente económico. No obstante lo anterior lo más importante es el origen del derecho a la reparación del daño: el hecho ilícito, mismo que como se mencionó no es responsabilidad de la aseguradora, y aun considerando que la muerte del asegurante haya sido producida por un hecho ilícito, la prestación que se le pagará al beneficiario no tiene el carácter de indemnización, en virtud de que en el seguro de vida no opera la subrogación.

Adicional al análisis realizado a la figura de la indemnización y la presencia del daño en el seguro de vida, pueden ofrecerse varios argumentos que fortalecen la postura del sustentante.

Se deduce de la LCS, que el legislador no proveyó al seguro de vida con el carácter indemnizatorio, pues como se citó al inicio de este trabajo, el artículo 10, LCS señala una dualidad del seguro en lo que respecta a la

20. *En este sentido existe controversia, dada la resolución de la SCJN dictada en el juicio de amparo promovido por Margarita Resparto en contra de los actos de la Quinta Sala del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, en virtud de que la Corte adopta el criterio de la dependencia económica para exigir la acción de indemnización, basado en que el Código Civil establece la obligación de reparar el daño causado, sin limitarlo a los herederos; al respecto ver Rojas Villegas, Op. Cit., págs. 108 - 113.*

FALTA PAGINA

No. 190

asegurante y por último que el objeto del seguro sea la indemnización, habría que preguntarse ¿en quién ha de radicarse el daño?, ¿de qué patrimonio forma parte el derecho a la indemnización?, sin embargo cualquiera que fuera la respuesta chocaría con la figura del beneficiario el cual es libremente designado por el asegurante.

- D) Aceptada la función indemnizatoria del seguro de vida ¿debería también operar la subrogación de la aseguradora en el caso de que la muerte se haya producido por un hecho ilícito?. ¿por qué cantidad de subrogaría?.

En análisis anterior se comentó la importancia que tiene en el seguro de vida la presencia del beneficiario como un tercero ajeno a la relación aseguradora-asegurante; se señaló que en el seguro de daños generalmente incide en la misma persona el carácter de asegurante y beneficiario, pues es la misma persona la que sufre el daño patrimonial y recibe el producto del seguro; en el caso del seguro de vida, el asegurante es quien sufre un daño (pérdida de la vida), sin embargo quien recibe el beneficio del seguro es el beneficiario, por lo que para considerarlo indemnizatorio, éste debería sufrir un daño resarcible.

Igualmente se citó que el beneficiario puede ser nombrado libremente por el asegurante (Arts. 163 y 164 LCS), es decir que el asegurante puede designar como beneficiario a la persona que desee, sin ser necesaria la relación jurídica, afectiva, familiar, etc., y sustituir a éste las veces que desee hasta en tanto no renuncie al derecho de revocación (Art. 165 LCS). Asimismo se señaló que existe una clasificación del nombramiento del beneficiario basada en la existencia de la obligación de designar a determinada persona como beneficiario.

Así pues, podemos señalar el caso en el que el asegurante, previa relación jurídica con una persona, se obligó a contratar un seguro de vida en el que designaría a su acreedor como beneficiario (el mejor ejemplo sería el crédito hipotecario otorgado por una institución bancaria); en este caso resulta claro que la finalidad del seguro de vida es garantizar la deuda por medio de una designación a título oneroso. De esta manera, producida la muerte del asegurante, la prestación que paga la aseguradora al beneficiario cubre las perspectivas de este último y tal vez en un momento dado podría calificarse de indemnización, sin embargo es evidente que la finalidad primordial es la garantía.

En el caso de las designaciones a título gratuito basadas en relaciones de tipo sanguíneo o afectivo, y en las que se puede argumentar "daño moral", se debe tener presente la condición del beneficiario, pues no obstante que se aceptó que el beneficiario pudiera sufrir una afectación en sus sentimientos con la muerte del asegurante,¹²⁴¹ ésta es una aseveración sumamente subjetiva, e igualmente válida y subjetiva sería aquella que señalara que el beneficiario del seguro, aun siendo cónyuge, hijo, padre, amigo del asegurante, no sufrió la más mínima afectación sentimental con la muerte de éste, y sin embargo se hizo acreedor al producto del seguro, por lo que de ninguna manera se le estaría indemnizando.

Ahora bien, considerando además de la afectación sentimental, la posible afectación económica del beneficiario, es claro que así como existen beneficiarios dependientes económicamente del asegurante, existen aquellos que inclusive superan la situación económica de aquél, por lo que a su muerte no se hablaría propiamente de una afectación económica. En este último caso, se debe prever la posibilidad de que el asegurante haya contratado un seguro bajo la modalidad de vida, a efecto de que el producto del seguro fuera

24. Lo anterior no implica que en el seguro de vida dicha afectación sea indemnizable.

empleado para sus gastos funerarios y con ello no "afectar" el patrimonio de sus allegados, operando de este modo la finalidad de la previsión; "lo anterior se debe a que el seguro de vida no tiene como límite el daño realmente sufrido, sino que la suma que percibirá el beneficiario se fija de común acuerdo entre las partes y en relación al monto de la prima".⁽²⁵⁾

Además de lo anterior, pudiera darse el caso de aquel asegurante desempleado, que ha sufrido meses de enfermedad y ha estado dependiendo un largo tiempo de sus familiares, constituyendo una carga para ellos, con lo cual al producirse el siniestro podría incluso hablarse de alivio y no de afectación. Sin embargo estas circunstancias no tienen influencia sobre el derecho del beneficiario designado el cual podría ser una persona ajena a la familia del asegurante.

Un ejemplo más claro de la inaplicación de la indemnización en el seguro de vida es aquél en el que ejerciendo su derecho de designar como beneficiario a quien desee, el asegurante señala a una persona con la que no lo una relación de ningún tipo (jurídica, familiar, afectiva, etc.) o bien determina designar a la beneficencia pública o a una institución de asistencia. Tomando en cuenta la figura de la revocación, así como que el derecho de los beneficiarios se perfecciona hasta la muerte del asegurante, no puede hablarse entonces de la afectación que pudieran sufrir éstos (e inclusive de perjuicios o provecho esperado), en virtud de que no existe relación de ningún tipo entre el asegurante y el beneficiario. Así que una vez producido el riesgo, lo que recibe el beneficiario no es sino un beneficio adicional que acrecentará su patrimonio.

Las anteriores consideraciones no tienen influencia alguna sobre el derecho que tiene el beneficiario designado para participar del producto del seguro, pues su derecho es independiente totalmente del daño que pudiera

25. *Corié Jiménez, Op. Cit., Tomo IV, pág. 383.*

sufrir, además de que la ley no le impone la obligación de demostrar que padeció un daño con motivo del siniestro.⁽²⁶⁾ simplemente el requisito es que haya sido señalado con el carácter de beneficiario.

26. Cfr. *Mague John, Op. Cit.*, pág. 698 y sigs.

III. LA NATURALEZA JURIDICA DE LA PRESTACION DE LA ASEGURADORA EN EL SEGURO DE VIDA

En el capítulo tercero se comentó que la postura del sustentante respecto a la naturaleza jurídica de la prestación de la aseguradora en el seguro de vida, se fortalecía con el motivo o la finalidad que tuvo el asegurado para contratar el seguro; dichos motivos son la garantía, la previsión y el beneficio, mismos que también dan calificativo a la prestación de la aseguradora, tal como veremos a continuación.

1) LA PRESTACION COMO GARANTIA

Generalmente en el seguro a favor del asegurado es el propio asegurado quien contrata el seguro, por lo tanto es contratante y asegurado. En el seguro sobre la vida ajena a favor del asegurado, la diferencia es que este último no es contratante, pero también hay casos de seguro sobre la vida ajena, en los que la suma asegurada es a favor del contratante y no a favor del asegurado. Parecería que esto no tiene razón de ser, sin embargo es frecuente y explicable, ya que es una de las formas en que se busca que por medio del seguro de vida se garanticen determinadas deudas.⁽²⁷⁾

Por ejemplo, una persona presta a otra cierta cantidad de dinero, y para tener una seguridad adicional a todas aquellas que pueda otorgarle el deudor (seguridades de derecho civil o de derecho mercantil), añade otra para el

27. Rulz Rueda. *Op. Cit.*, pág. 225.

caso de muerte de su deudor y entonces contrata un seguro de vida sobre la muerte de éste. Claro está que tendrá necesidad de cubrir los requisitos del artículo 156 del la LCS, es decir que el asegurante tendrá que prestar su consentimiento o autorización al contratante para la celebración del contrato; asimismo dicha autorización se tendrá que prestar para los casos de determinación de suma asegurada y designación o sustitución del beneficiario.

Así se ve como un contrato sobre la vida ajena puede ser a favor del tercero asegurante o puede ser a favor del propio contratante. De esta manera el propio contratante puede tener allí la garantía extraordinaria para el caso de que su deudor muera sin haber pagado su deuda. Entonces el contratante es el beneficiario del contrato de seguro.

De esta manera podemos apreciar una de las finalidades del seguro de vida; esta finalidad puede ser analizada desde el punto de vista del contratante o del asegurante. Para este trabajo el más importante es el del asegurante, mismo que al contraer una obligación toma la precaución de contratar un seguro de vida y nombrar como beneficiario a su acreedor. Hay que señalar que la celebración del contrato de seguro en estos términos no siempre es por iniciativa del asegurante, muestra de ello son los ya citados créditos bancarios (hipotecarios), en los que es requisito indispensable para el otorgamiento del crédito, que el deudor otorgue un seguro de vida a favor de la institución, como medida para *garantizar* el pago.

En este caso, al considerar la naturaleza de la prestación de la aseguradora, podría considerársele como indemnización por el daño económico que se causaría al acreedor cuando sin haber cubierto la deuda se produce la muerte del asegurante, sin embargo la intención principal es la de tener la certeza del pago de la deuda.

Tratar de generalizar y calificar la prestación de la aseguradora como una garantía sería muy atrevido, principalmente por que los seguros de vida a favor de un acreedor no son los únicos que se celebran, e incluso suelen representar un porcentaje menor en relación a aquellos en los que opera la designación a título gratuito: sin embargo el sustentante sostiene que la prestación de la aseguradora en el seguro de vida, puede tener la naturaleza jurídica de garantía tratándose de los supuesto antes señalados.

2) LA PRESTACION COMO PREVISION

En este aspecto, la asistencia que presta el seguro de vida se puede discutir respecto al fin que se le puede dar en relación con los usos personales.

Dentro de los usos personales, podemos considerar por separado la previsión del asegurante en favor de su familia, así como los usos para sí mismo. Se considera que de cualquier forma, por medio del seguro de vida el asegurante puede crear bienes en forma inmediata, los cuales estarán disponibles a su deceso, mismos que puede ir pagando por medio de primas anuales.

Por lo que respecta a los usos para la familia, parece claro que la mayoría de los individuos que tienen obligaciones familiares desean no solamente sostener a su familia mientras viven, sino también tomar precauciones para ellas después de su muerte, y en este caso el seguro de vida es un acertado medio, en virtud de que el producto del seguro se paga en un plazo mínimo a partir de la muerte del asegurante, el cual en un momento dado puede hacer frente a necesidades primordiales, pues los bienes u otras propiedades del asegurante se encuentran inmovilizadas por su muerte; asimismo, el asegurante podrá tener la tranquilidad del uso del producto del seguro el cual

se encuentra dispensado de disputas legales, siempre que los beneficiarios sean el cónyuge o los descendientes; por otra parte el producto se paga en efectivo, con lo cual se eliminan posibles gastos por concepto de servicios de abogados, contadores o algún otro profesionista.

Al considerar este tipo de finalidad, el asegurante también considera el uso que su beneficiario designado dará al producto del seguro; en este caso dicho uso no podrá ser constatado por el asegurante, debido a que el pago del seguro se realiza una vez que se produce la muerte de éste, sin embargo dicho uso es considerado al designar al beneficiario; en estas consideraciones el asegurante puede apreciar: (2*)

- A) *Gastos inmediatos.* Cuando el asegurante fallece es indudable que hay que hacer gastos que incumben a los dependientes o herederos, y es precisamente el producto del seguro pagado en efectivo el único dinero disponible. Al respecto se debe señalar que los gastos inmediatos pueden no ser los únicos considerados por el asegurante al contratar el seguro. Al respecto podemos señalar que dicho pago no puede considerarse como indemnización, *salvo tratándose de un seguro de gastos funerarios*, en virtud de que el monto entregado a los beneficiarios sería el que el asegurante haya contratado en relación con los riesgos a que haya estado expuesto, así como con los ingresos que percibía, mismos que en muchas ocasiones son mayores o menores a los gastos inmediatos realizados.
- B) Dentro de estas apreciaciones también se pueden considerar los *gastos de herencia*. Generalmente esta apreciación surge cuando el asegurante tiene bienes considerables, para lo cual será necesario contratar un abogado y pagar gastos legales. Al respecto debemos

28. Ver Riegel, *Op. Cit.*, págs. 249 y 250.

señalar que el producto del seguro para cubrir éstos tampoco tiene el carácter indemnizatorio, pues los mismos pueden ser cubiertos con la propia herencia; en este caso es más sobresaliente la intención del asegurante, el que estima conveniente que el producto de su seguro pueda ser empleado para sufragar dichos gastos de manera inmediata y así dar agilidad a la sucesión.

- C) *Ingreso familiar.* Es evidente que el deceso de algún familiar, además de la afectación sentimental, produce desequilibrios temporales hasta la asimilación del acontecimiento. Tomando en cuenta estas consideraciones y sobre todo el vínculo afectivo, el asegurante deseará proporcionar a sus familiares determinado ingreso, con la intención de dar cierta tranquilidad a los familiares por aquello de: " y ahora qué vamos hacer".

- * Este punto es de los más controvertidos en cuanto al principio indemnizatorio en el seguro de vida, al considerar que el producto del seguro representa el resarcimiento de un daño causado a los descendientes. Sin embargo se debe considerar que cada familia presenta situaciones financieras y patrimoniales heterogéneas, por lo cual no es conveniente establecer tal aseveración, sobre todo considerando la existencia de familias integradas por sujetos económicamente independientes, los cuales no sufrirán afectación patrimonial con el deceso del asegurante, sino más bien un beneficio financiero, que vendrá a incrementar su patrimonio propio con el producto del seguro; asimismo se debe considerar la existencia de aquella persona, que consciente de su ingresos y propiedades así como de la estabilidad económica de sus descendientes y cónyuge, y con el fin de no dar molestias a los mismos, decide contratar un seguro con la finalidad de hacer frente a los

gastos que generará su propia muerte y con el remanente acrecentar el patrimonio de aquéllos.

D) *Fondo de Retiro.* Otro de los deseos previstos en la contratación de un seguro de vida, es que el producto del mismo sea un medio de acumulación de dinero para la ancianidad; cabe considerar que tal previsión puede ser para el propio asegurante (seguro de supervivencia), o bien para el cónyuge sobreviviente. En este último caso también habría reservas en establecer el principio indemnizatorio, pues se deben considerar las condiciones económicas que presenta el cónyuge sobreviviente, el cual probablemente no sufra afectaciones patrimoniales.

E) *Fondo Educativo.* Este tipo de previsión es observado por el asegurante al tener la preocupación del futuro de sus hijos, considerando que al faltar éstos no podrán continuar sus estudios.

- * En este caso, como medio de pago de la prestación, se puede establecer en el contrato la cláusula fideicomisaria. Dicha prestación no es necesariamente indemnizatoria, aún considerando que la falta del jefe de familia disminuiría la posibilidad de estudio de los hijos, pues debe tenerse presente que inclusive con la existencia del padre no puede haber la certeza de que los hijos concluyan una carrera, en virtud de agentes ajenos; por otra parte la misma incertidumbre puede presentarse en relación al uso que el hijo dé al producto, a menos que se haya establecido la cláusula fideicomisaria con un mecanismo que impida su mal uso.

La situación creada por el seguro de vida puede ser aprovechada por el asegurante, no para protección de su familia sino para su propia ventaja.

Algunos de los usos más comunes que representan prestaciones para el propio asegurado son: (29)

- A) *Tranquilidad mental*. No es difícil entender que una persona que contrata un seguro de vida en beneficio propio (vejez) o de su familia, éste le representa una ventaja psicológica para sí misma, la cual se traduce en una tranquilidad mental con la consiguiente eliminación de preocupaciones.
- B) *Liberación de fondos*. Siempre que una persona dispone de un seguro de vida para la protección de su familia además de la tranquilidad mental que el mismo le proporciona, le permite sentirse más libre para disponer, de otros recursos acumulados, para propósitos que no sean la protección familiar ni la seguridad de la vejez.

En el caso específico de los seguros de vejez y tratándose de la naturaleza de la prestación de la aseguradora, se podría calificar a la misma con el carácter de indemnización, en virtud de que la afectación la sufre el propio asegurado (sobrevivir a determinada edad en la que las posibilidades de ingresos son difíciles), además de que la aseguradora se obligó directamente con aquél a asumir las consecuencias del riesgo.

Por otra parte es evidente que la previsión juega un papel importante en la contratación de un seguro de vida, sin embargo no es calificativo propio de la naturaleza jurídica de la prestación de la aseguradora en el seguro de vida; no obstante lo anterior la previsión es pauta importante que en unión con la inexistencia de la indemnización en el seguro de vida, puede dotar a la citada prestación con el carácter de beneficio.

29. *Ibidem*, pág. 253.

3) LA PRESTACION COMO BENEFICIO

Al tratar el tema del beneficiario así como las facultades que tiene el asegurante para designarlo o revocarlo, quedó de manifiesto que debido a la voluntad de éste podría señalarse como beneficiario a determinada persona sin necesidad de que exista entre ellos algún vínculo (familiar, afectivo, moral, oneroso, etc.), asimismo se señaló que la ley en ningún momento exige al beneficiario que demuestre el daño sufrido, por lo que bien se le paga al beneficiario aun sin haber sufrido daño alguno, en virtud del derecho derivado de la designación.

Desde esta perspectiva y una vez que se han detallado las finalidades de garantía y previsión en relación con acreedores y familiares, surge un tercer supuesto, el que se configura cuando el designado no es ninguno de los citados, sino solamente un tercero al que el asegurante estimó conveniente, aun cuando no tenga ningún vínculo, en señalar como beneficiario.

Ya en las anteriores finalidades del seguro se argumentó acerca de la reserva en la existencia de la indemnización en el seguro de vida, inclusive tratándose de acreedores y familiares: sin embargo en el caso que nos ocupa, es aún más evidente la inexistencia del principio indemnizatorio, en virtud de que el beneficiario que no sufre ninguna afectación con la muerte del asegurante, recibe el producto del seguro, con lo cual evidentemente no recibe más que un beneficio que acrecentará su patrimonio.

En este caso estamos en el supuesto de que el asegurante, ejerciendo la facultad que le confiere el artículo 163 de la LCS, designa como beneficiario a una persona que no es familiar, acreedor, socio, pariente, amigo, etc., designación que es totalmente válida, pues la ley no le obliga a señalar como beneficiario a determinada persona: es así que este beneficiario, al no tener relación alguna con el titular del seguro (y aún más considerando el

desconocimiento del nombramiento o teniendo presente la facultad de revocación), no sufre ninguna afectación al producirse la muerte de aquél, sino que únicamente se coloca en posibilidad de hacer efectivo el derecho adquirido con la designación. De esta forma, al obtener el producto del seguro, no está más que obteniendo un beneficio, que viene a acrecentar su patrimonio, o a crearle uno en caso de carecer de él.

IV. PROPUESTA

Como resultado del análisis presentado en este trabajo, se debe descartar la aplicación de la figura de la indemnización en el seguro de vida, dotándola del carácter de beneficio.

Tomando en cuenta que el beneficiario es considerado como la persona en cuyo favor se constituye un seguro, o bien la "persona a quien beneficia el seguro"³⁰, es pertinente analizar el término beneficio.

Beneficio proviene del latín *beneficium*, compuesto por las palabras latinas *bene*, que significa "bien" y *facere*, que significa "hacer", de lo que deriva que beneficio significa propiamente hacer bien.³¹ En términos concretos se reconoce como beneficio, el bien, utilidad o provecho que se hace o se recibe.

Es así que una vez que se determinó que la prestación de la aseguradora carece de la naturaleza de indemnización, considero que el término adecuado para caracterizar la prestación de la aseguradora en el seguro de vida es el de beneficio, toda vez que como se señaló en el desarrollo de este trabajo, la existencia del daño en el beneficiario no se configura, por lo que tomando en cuenta la finalidad jurídico-social con la que se contrató el seguro de vida, el monto del seguro que es recibido por el beneficiario se traduce en un beneficio, en virtud de la voluntad del asegurante en otorgar un bien, provecho o utilidad en favor del designado.

30. Alonso Martín, *Enciclopedia del Idioma*, México, 1988, Tomo I, pág. 327.
31. García Hoz, *Diccionario Etimológico*, Madrid, Magisterio Español, s.a., pág. 132.

Desde este punto de vista, y sin restar mérito a todos aquéllos doctrinarios que están a favor de la teoría unitaria del seguro, considero que este trabajo puede dar pauta a una revisión profunda de la legislación aplicable al seguro de vida como contrato jurídico, por lo que considero conveniente proponer una reforma a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Tal como se comentó en el capítulo primero, al hablar de las reformas que ha sufrido la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, éstas van encaminadas a modernizar al sector asegurador; no obstante las múltiples reformas para fortalecer esta actividad financiera, se ha dejado de lado la actualización de la legislación que regula al seguro como un contrato jurídico, aún más cuando se ha incluido en la LGISMS la autorización de las aseguradoras para operar los seguros derivados de las leyes de seguridad social.

Al respecto, es conveniente se realice la reforma a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, específicamente en su artículo 4o., a efecto de integrar a esta ley los seguros que tengan como base planes de pensiones o de supervivencia relacionados con la edad, jubilación o retiro de personas, ya sea bajo esquemas privados o derivados de las leyes de seguridad social.

Por otra parte, y congruente con el trabajo realizado, propongo la reforma correspondiente para dotar a la prestación de la aseguradora con el carácter de beneficio, con el objeto de que desde la propia legislación se precise la naturaleza jurídica de la prestación de la aseguradora en cada uno de los tipos de seguro.

Esta reforma afectaría principalmente el artículo 1o., y sería tal vez la reforma más importante que se podría introducir a la LCS, toda vez que de la misma se obtiene la definición del seguro. Dicha disposición establece:

ARTICULO 1.- Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga mediante una prima, a resarcir un daño o pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

Con anterioridad se citó que de este artículo se distingue la división del seguro en: seguro de cosas o daños y seguro de personas; sin embargo el mismo no precisa a qué tipo de seguro corresponde cada una de las opciones para el cumplimiento de la aseguradora. En este sentido considero que para ser más exacto con la naturaleza jurídica de la prestación de la aseguradora en el seguro, la opción de "pagar una suma determinada" debe ser sustituida por la de "pagar el beneficio establecido", modificación en la que además se debe precisar la opción que corresponde a cada una de las opciones, para quedar como sigue:

ARTICULO 1.- Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga mediante el pago de una prima y una vez verificada la eventualidad prevista en el contrato, a resarcir un daño en los seguros de cosas o daños, o pagar el beneficio establecido tratándose de los seguros relacionados con las personas.

Por otra parte, de la lectura al capítulo tercero de la LCS, y específicamente los artículos 156, 161, fracción II, 163, 164, segundo párrafo, 166, 174, 175 y 179, se puede observar que indistintamente y haciendo referencia a la prestación de la aseguradora, se emplean términos como suma asegurada, importe del seguro, derechos derivados del seguro, crédito y derecho del seguro; dichos términos llevan a una confusión cuando se trata de determinar la naturaleza jurídica de la prestación a que hacen referencia. Al respecto propongo que dichos términos que hacen referencia a la prestación de la aseguradora, sean sustituidos por el término **beneficio**, en base a los argumentos vertidos con anterioridad. De tal forma las disposiciones citadas quedarían:

ARTICULO 156.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato con la indicación de la suma asegurada.

El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la transmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora.

ARTICULO 156.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato con la indicación del monto del beneficio.

El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la transmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora.

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

I.- ...

II.- Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad de asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado

de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

III.- ...

IV.- ...

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

I.- ...

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

III.- ...

IV.- ...

ARTICULO 163.- El asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario, sin necesidad del consentimiento de la empresa aseguradora. La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro.

ARTICULO 163.- El asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario, sin necesidad del consentimiento de la empresa aseguradora. La cláusula beneficiaria podrá com-

prender la totalidad o parte de los derechos derivados del beneficio del seguro.

ARTICULO 164.- El asegurado, aún en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de este, por acto entre vivos o por causa de muerte.

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

ARTICULO 164.- El asegurado, aún en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de este, por acto entre vivos o por causa de muerte.

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

ARTICULO 166.- Salvo lo dispuesto en el artículo 164 de la presente ley, la cláusula beneficiaria establece en provecho del beneficiario un derecho propio sobre el crédito que esta cláusula

le atribuye, el cual podrá exigir directamente de la empresa aseguradora.

ARTICULO 166.- Salvo lo dispuesto en el artículo 164 de la presente ley, la cláusula beneficiaria establece en provecho del beneficiario un derecho propio sobre el beneficio que esta cláusula le atribuye, el cual podrá exigir directamente de la empresa aseguradora.

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

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

ARTICULO 175.- Cuando herederos diversos a los que alude el artículo anterior fueren designados como beneficiarios tendrán derecho al seguro según su derecho de sucesión.

Esta disposición y la del artículo anterior se aplicarán siempre que el asegurado no haya establecido la forma de distribución del seguro.

ARTICULO 175.- Cuando herederos diversos a los que alude el artículo anterior fueren designados como beneficiarios tendrán derecho al beneficio según su derecho de sucesión.

Esta disposición y la del artículo anterior se aplicarán siempre que el asegurado no haya establecido la forma de distribución del beneficio.

ARTICULO 179.- Si el derecho que dimana de un seguro sobre la vida contratado por el deudor como asegurado y beneficiario, debiera rematarse a consecuencia de un embargo, concurso o quiebra, su cónyuge o descendientes podrán exigir, con el consentimiento del deudor, que el seguro les sea concedido mediante el pago del valor de rescate.

ARTICULO 179.- Si el beneficio que dimana de un seguro sobre la vida contratado por el deudor como asegurado y beneficiario, debiera rematarse a consecuencia de un embargo, concurso o quiebra, su cónyuge o descendientes podrán exigir, con el consentimiento del deudor, que dicho beneficio les sea concedido mediante el pago del valor de rescate.

FALTA PAGINA

No. 212

CONCLUSIONES

PRIMERA.- El seguro es una figura jurídica que ha ido evolucionando tanto como las relaciones comerciales se lo exigen, logrando abarcar a cada vez más sectores de la economía nacional. Lo anterior, aunado al fortalecimiento de la cultura de la previsión, ha dado lugar al desarrollo de una de las ramas más importantes: el seguro de vida, mismo que cada vez adquiere mayor popularidad dentro de la sociedad mexicana a la vez que representa una buena fuente de riqueza nacional. Sin embargo la legislación aplicable al seguro de vida como contrato jurídico, adolece de ciertas imprecisiones en cuanto al trato que se le da a la prestación de la aseguradora; esta imprecisión ampliamente discutida por diversos doctrinarios, se ve un tanto atenuada por la difusión de las aseguradoras en diversos medios de comunicación y principalmente en la documentación y folletería referente a productos y servicios, que en relación con el seguro de vida, ofrecen las instituciones de seguros. Es básicamente en toda esta documentación en la que se califica a la prestación de la aseguradora con la naturaleza de indemnización; figura que analizada a la luz de las características propias de esta figura, así como de la presencia del beneficiario y la voluntad del asegurante, resulta que dicha prestación carece de tal carácter.

SEGUNDA.- Debido a que el seguro es una de las principales formas de ahorro nacional, el estado se ha dado a la tarea de tutelar los intereses de los particulares que invierten mediante dicha figura, estableciendo una serie de medidas de control y participación activa de la autoridad en la inspección de las actividades de las aseguradoras, procurando con ello el sano desarrollo de la actividad aseguradora; es en esta misma tendencia que en las últimas reformas a la LGISMS se han incluido en esta actividad los servicios de seguridad y bienestar social; lo que en conjunto ha permitido fortalecer el

sistema financiero mexicano y hacerlo cada vez más competitivo en estos momentos de apertura comercial que vive México. Sin embargo, aun cuando el marco legal del seguro, como operación financiera, ha sido modificado en múltiples ocasiones para adaptarse a los cambios que requiere el sector, el seguro de vida como contrato jurídico no ha sufrido modificación alguna desde 1966, año en que se realizó la última reforma a la LCS, motivo por el que es conveniente adecuar la Ley Sobre el Contrato de Seguro a los cambios que se han realizado al sector, incluyendo en la reforma las modificaciones necesarias a efecto de precisar la naturaleza jurídica de la prestación de la aseguradora en el seguro de vida.

TERCERA.- Ya desde la Ley del Contrato de Seguro se vislumbra la cautela del legislador respecto al trato que da al seguro de vida en relación con el seguro de daños. En su artículo 10., además de distinguir dos grandes tipos de seguros, establece una dualidad imprecisa en el cumplimiento de la prestación de la aseguradora, pues solamente señala que dicha prestación puede consistir en resarcir un daño o pagar una suma de dinero, sin penetrar en la naturaleza jurídica de la misma y sin establecer qué opción corresponde a cada uno de los dos tipos generales de seguro. En este orden de ideas surgen corrientes que intentan establecer una uniformidad en la naturaleza jurídica de la prestación de la aseguradora, corriente que en primer lugar no considera que a pesar de no estar determinado expresamente a qué tipo de seguro corresponden, existen dos modalidades para dar cumplimiento a la obligación de la aseguradora, y la aplicable al seguro de vida es la relativa al pago de una suma de dinero determinada. Al respecto cabe señalar que el empleo de esta opción en el seguro de daños no es factible en la práctica, aún más cuando la propia LCS en su artículo 86 establece que no obstante que se señale un límite en la suma asegurada, el monto de la obligación de la aseguradora se calculará en proporción con el daño efectivamente sufrido. Es así que la opción de resarcir un daño es la aplicable al seguro de daños, pues en el seguro de vida no es posible determinar el daño sufrido, eso sin

considerar que tal como se señaló en este trabajo, la presencia del daño no es esencial en el seguro de vida.

CUARTA.- Un argumento en contra de la corriente unificadora y la aplicación de la figura de la indemnización en el seguro de vida, es precisamente la naturaleza propia de la vida, lo cual la excluye de cualquier cuantificación económica; no obstante si se aceptara la idea de la indemnización en el seguro de vida, el monto de la misma sería convenido entre los contratantes y de cualquier forma ese monto es arbitrario. Por otra parte, aun cuando se ha indicado que en el seguro de vida lo que se asegura no es la vida sino la relación entre el sujeto productivo y su fuerza de trabajo, la cuantificación de la misma presenta las mismas dificultades, pues inclusive cuando el asegurado perciba ingresos fijos, no se tiene la certeza de su estabilidad económica futura ni del tiempo durante el cual seguirá percibiendo dichos ingresos, de lo que deriva que la cantidad que las partes fijen como beneficio del seguro no será indemnizatoria. Aún más se debe comentar que la condición de sujeto productivo no es requisito para obtener un seguro de vida.

QUINTA.- La presencia del beneficiario otorga un matiz especial al seguro de vida. Tratándose del seguro de daños la indemnización es cubierta generalmente al propio asegurante, siendo éste el que de alguna manera sufre la afectación patrimonial; en el caso del seguro de vida la afectación (muerte) la sufre el propio asegurante, sin embargo no es él quien recibe el producto del seguro sino el beneficiario designado por el asegurante. En este sentido, el beneficiario no necesariamente sufre un daño, e inclusive aceptándose la presencia del daño moral, el mismo no es indemnizable de conformidad con el artículo 1916, segundo párrafo, del Código Civil para el Distrito Federal, toda vez que dicha disposición establece que el daño moral para ser resarcible debe ser producido por un hecho u omisión ilícitos. De tal forma el beneficio del seguro que es entregado al beneficiario no tiene

el carácter de indemnización, pues aún cuando éste sufriera un daño, el mismo no sería resarcible.

SEXTA.- Por otra parte si se considera la muerte del asegurado producida por un hecho ilícito, la responsable del hecho ilícito no es la misma que la obligada a cubrir la prestación del seguro, por lo que el pago que la aseguradora realiza al beneficiario no es a título de indemnización. Al respecto podría argumentarse que la aseguradora se obligó a asumir las consecuencias del riesgo (muerte), sin embargo dicha asunción se traduce en la obligación de cubrir al beneficiario la suma predeterminada, obligación que fue contraída directamente con el asegurado, por lo que la relación de la aseguradora con el beneficiario se representa por la obligación de pago en oposición al derecho adquirido por éste último. Aún más si se aceptara que la aseguradora asume las consecuencias del riesgo como las de un hecho ilícito, la misma no podría subrogarse contra el tercero responsable debido a prohibición expresa de la LCS en su artículo 152, segundo párrafo.

SEPTIMA.- Para aplicar la indemnización en el seguro de vida, se tendría que determinar quiénes tienen derecho a la misma (herederos y dependientes económicos), lo que chocaría con la facultad otorgada al asegurante para designar libremente al beneficiario, pues inclusive cuando se designe a una persona con la que no existe vínculo familiar, afectivo o de dependencia económica, tal designación es totalmente válida y es obvio que la prestación de la aseguradora no tiene el carácter de indemnización, pues el beneficiario además de que no sufre un daño (resarcible), no tiene la obligación de acreditar afectación con la muerte del asegurado, pues ha adquirido un derecho independiente del daño que pudiera sufrir.

OCTAVA.- Para caracterizar la naturaleza de la prestación de la aseguradora en el seguro de vida, considero de particular importancia la finalidad jurídico-social del asegurado al momento de la contratación, pues adicional

a la finalidad de la previsión, el asegurante tiene diversos motivos que lo llevan a designar a determinada persona como beneficiario, así puede nombrar a algún acreedor con el fin de garantizar su deuda o bien designar a familiares o persona alguna con la que no lo una relación de ningún tipo, a efecto de otorgar recursos de fácil adjudicación, los cuales considerando los anteriores comentarios, no tienen el carácter de indemnización.

NOVENA.- En el seguro de vida la prestación de la aseguradora no tiene el carácter de indemnización, ya que el beneficiario es acreedor al producto del seguro por la simple voluntad del asegurante, voluntad que se plasma tanto en la designación como en la permanencia del nombramiento (tal es el caso del asegurante que no ejercita su derecho a la revocación o renuncia al mismo). Adicionalmente se debe observar que no existe disposición alguna que obligue al asegurante a designar a determinada persona (herederos o dependientes económicos), o bien a comprobar, en el caso del beneficiario, que ha sufrido una afectación.

DECIMA.- El seguro de vida no es indemnizatorio toda vez que el beneficiario es acreedor a un derecho que sólo se perfecciona hasta la muerte del asegurante, motivo por el cual los recursos que recibe el beneficiario una vez producido el siniestro se traducen en un beneficio para su persona y su patrimonio, pues aún cuando se argumentara que determinada persona tiene derecho a recibir el producto del seguro, sólo podrá disfrutarlo si el asegurante determinó otorgarle dicho beneficio incluyéndolo en la póliza del seguro con el carácter de beneficiario.

DECIMO PRIMERA.- En este sentido, considero procedente la reforma a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, misma que además de adaptarse a la nueva tendencia del sector asegurador con la inclusión en la misma de un capítulo dedicado a las pensiones derivadas de las leyes de seguridad social, propongo incluir la reforma al artículo 10., a efecto de establecer la naturaleza

jurídica de la prestación de la aseguradora en el seguro de vida, dotándola del carácter de beneficio, o en su defecto establecer de una manera clara que la opción de pagar una suma de dinero determinada es la aplicable al seguro de vida.

DECIMO SEGUNDA.- Así mismo, dentro de estas modificaciones y con la finalidad de evitar confusiones en el carácter de la prestación de la aseguradora, propongo una unificación de términos en los artículos 156, segundo párrafo, 161, fracciones II y IV, 163, 164, segundo párrafo, 166, 174, 175 y 179 de la LCS, a efecto de sustituir aquéllos como suma asegurada, derechos derivados del seguro, crédito, importe del seguro, producto del seguro, por el de beneficio; así como la reforma administrativa correspondiente que disponga que dicho término debe ser adecuadamente empleado por la aseguradora en todos aquellos documentos en que se requiera determinar la naturaleza jurídica de la prestación de la aseguradora en el seguro de vida.

FALTA PAGINA

No. 219

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALATORRE, Rosa María, *et al.*
EL SEGURO DE VIDA EN MEXICO. México, Actualidad en Seguros y Fianzas, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 1992, 174 pp.
- 2.- ALONSO, Martín.
ENCICLOPEDIA DEL IDIOMA. DICCIONARIO HISTORICO Y MODERNO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. 1ra. reimp. México, 1988, Tomo I, 1380 pp.
- 3.- ASOCIACION MEXICANA DE INSTITUCIONES DE SEGUROS.
HISTORIA DEL SEGURO EN MEXICO: INICIO, DESARROLLO Y CONSOLIDACION DEL SEGURO MEXICANO 1900-1988. México, AMIS, 1988, 283 pp.
- 4.- BARRERA TAPIAS, Carlos Darío.
LOS SEGUROS Y EL DERECHO CIVIL. Colombia, Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas de la Pontificia Universidad Javeriana, 1991, 105 pp.
- 5.- BEJARANO SANCHEZ, Manuel.
OBLIGACIONES CIVILES. 3a. ed., México, Harla, 1992, 621 pp., (Col. Textos Jurídicos Universitarios).

- 6.- CAMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNION
DIARIO DE DEBATES DE LA VLI LEGISLATURA de fechas 26 de noviembre, 23 y 26 de diciembre de 1980, 16 de noviembre y 5 de diciembre de 1989, 25 de noviembre y 7 de diciembre de 1993, 6 y 26 de octubre de 1995, de 1996, 4 y 5 de diciembre de 1996.
- 7.- CERVANTES AHUMADA, Raúl.
DERECHO MERCANTIL. PRIMER CURSO. 4a. ed., México, Herrero, 1981. 703 pp.
- 8.- DIAZ BRAVO, Arturo.
CONTRATOS MERCANTILES. México, Harla, 1983, 253 pp.
- 9.- FLORIS MARGADANT, Guillermo.
EL DERECHO PRIVADO ROMANO. 17 ed., México, Esfinge, 1991, 530 pp.
- 10.- GARCIA DIEGO, Vicente.
DICCIONARIO ETIMOLOGICO DEL ESPAÑOL E HISPANICO. Madrid, Espasa-Calpe, 1092 pp.
- 11.- GARCIA HOZ, Víctor.
DICCIONARIO ETIMOLOGICO. Madrid, Magisterio Español, s.a., 494 pp.

- 12.- GARRIGUEZ, Joaquín.
CURSO DE DERECHO MERCANTIL. 7a. ed., 2a. reimp., México.
Porrúa, 1987. 821 pp., Tomo II.
- 13.- GREENE, Mark R.
RIESGO Y SEGURO. (Tr. Hernán Troncoso Rojas). 3a. ed..
Madrid. Mapre. 1979. 1006 pp.
- 14.- GUTIERREZ Y GONZALEZ, Ernesto.
DERECHO DE LAS OBLIGACIONES. 9a. ed., México, Porrúa, 1993.
1175 pp.
- 15.- INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURIDICAS.
DICCIONARIO JURIDICO MEXICANO. 5a. Ed., México. Porrúa-UNAM.
1992. 3272 pp.
- 16.- LERNER, Bernardo. *Director*.
ENCICLOPEDIA JURIDICA OMEBA. Buenos Aires. Bibliográfica Argen-
tina, 1977. Tomos I, II, III, IV, V, XVI, XXI y XXV.
- 17.- MACLEAN, Joseph.
SEGURO DE VIDA. (Tr. Luis Guasch Rubio). 1a. ed. en español.
México, Compañía Editorial Continental, 1975. 588 pp.

- 18.- MAGEE, John Henry.
SEGUROS GENERALES. (Tr. Carlos Castillo). 2a. ed., México, UTHEA. sa., 884 pp., Tomo I.
- 19.- MARTINEZ GIL, José de Jesús.
MANUAL TEORICO Y PRACTICO DE SEGUROS. México, Porrúa, 1984, 380 pp.
- 20.- MEILIJ, Gustavo Raúl.
MANUAL DE SEGUROS. (Prol. Juan Carlos Félix Morandi). 2a. ed., 1a. reimp. Buenos Aires, Depalma, 1992, 244 pp.
- 21.- MINZONI CONSORTI, Antonio.
CRONICA DE DOSCIENTOS AÑOS DEL SEGURO EN MEXICO. México, CNSyF, 1994, 248 pp.
- 22.- MORALES FRANCO, Salvador.
EL SEGURO DE VIDA. TEORIA Y PRACTICA. México, Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana. sa., 295 pp.
- 23.- MUÑOZ, Luis.
DERECHO MERCANTIL. México, Cárdenas Editor y Distribuidor, 1974, 504 pp., Tomo IV.

- 24.- OLVERA DE LUNA, Omar.
CONTRATOS MERCANTILES. 2a. ed., México, Porrúa, 1987. 308 pp.
- 25.- RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Joaquín.
CURSO DE DERECHO MERCANTIL. 20a. ed., México, Porrúa, 1991. 429 pp.. Tomo II.
- 26.- RIEGEL PH D, Robert. et al.
SEGUROS GENERALES. PRINCIPIOS Y PRACTICAS. (Tr. Leonor de Paiz). 5a. ed., 2a. reimp., México, Compañía Editorial Continental S.A., 1980. 970 pp.
- 27.- ROJINA VILLEGAS, Rafael.
DERECHO CIVIL MEXICANO. 6a. ed., México, Porrúa, 1992. 613 pp.. Tomo V, Volumen I.
- 28.- RUIZ RUEDA, Luis.
EL CONTRATO DE SEGURO. (Prol. Roberto L. Mantilla Molina). México. Porrúa, 1978. 296 pp.
- 29.- SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO.
LEGISLACION DE SEGUROS. México. Departamento de Gráficas de la SHCP, 1958. Tomo I. 284 pp. Tomo II 310 pp.

- 30.- SOLER ADEU, Amadeo.
EL NUEVO CONTRATO DE SEGURO. (Prol. Juan Carlos Felix Morandi).
Buenos Aires, 1970. 373 pp.
- 31.- SOTO ALVAREZ, Clemente.
PRONTUARIO DE DERECHO MERCANTIL. 1a. ed., 10a. reimp., México.
Limusa, 1993. 426 pp.
- 32.- TELLEZ VALDES, Julio.
CONTRATOS, RIESGOS Y SEGUROS. México, UNAM-Instituto de Investi-
gaciones Jurídicas, 1988. 253 pp. (Serie Estudios Doctrinales 117).
- 33.- VASQUEZ DEL MERCADO, Oscar.
CONTRATOS MERCANTILES. 3a. ed., México, Porrúa, 1989. 538 pp.

LEGISLACION

- 1.- CIRCULAR QUE CONTIENE DISPOSICIONES DE CARACTER GENERAL APLICABLES A LA PUBLICIDAD Y PROPAGANDA EN MATERIA DE SEGUROS
SEGUROS Y FIANZAS. México, Porrúa, 1996, págs. 637-640, (Col. Porrúa, Leyes y Códigos de México).
- 2.- CODIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL.
65a. ed., México, Porrúa, 1996, 654 pp. (Col. Porrúa, Leyes y Códigos de México).
- 3.- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION.
ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE EL CAPITAL MINIMO PAGADO QUE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS DEBEN AFECTAR PARA CADA OPERACION O RAMO. 27 de marzo de 1997, Secretaría de Gobernación, Talleres Gráficos de México.
- 4.- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION.
DECRETOS QUE REFORMAN, ADICIONAN Y DEROGAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES DE SEGUROS. 7 de enero de 1981, 27 de diciembre de 1983 y 3 de enero de 1990, Secretaría de Gobernación, Talleres Gráficos de México.

- 5.- **DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION.**
DECRETOS QUE REFORMAN, ADICIONAN Y DEROGAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS. 14 de julio, 23 de diciembre y 17 de noviembre de 1993, 17 de noviembre de 1995, 23 de mayo de 1996 y 3 de enero de 1997, Secretaría de Gobernación, Talleres Gráficos de México.

- 6.- **DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION.**
REGLAS PARA LA CONSTITUCION E INCREMENTO DE LA RESERVA DE PREVISION DE LAS INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS Y DE LA RESERVA PARA FLUCTUACIONES DE VALORES DE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS. 4 de marzo de 1994, Secretaría de Gobernación, Talleres Gráficos de México.

- 7.- **LEY DEL CONTRATO DE SEGURO.**
SEGUROS Y FIANZAS, México, Porrúa, 1996, págs. 101-131. (Col. Porrúa, Leyes y Códigos de México).

- 8.- **LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.**
SEGUROS Y FIANZAS, México, Porrúa, 1996, págs. 1-99. (Col. Porrúa, Leyes y Códigos de México).

- 9.- **REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO.**
SEGUROS Y FIANZAS, México, Porrúa, 1996, págs. 217-228. (Col. Porrúa, Leyes y Códigos de México).

- 10.- REGLAS DE OPERACION PARA LOS SEGUROS DE PENSIONES, DERIVADOS DE LAS LEYES DE SEGURIDAD SOCIAL
DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION. Secretaria de Gobernación.
Talleres Gráficos de México. 26 de febrero de 1997.

- 11.- REGLAMENTO INTERIOR DE LA COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
SEGUROS Y FIANZAS. México. Porrúa, 1996. págs. 547-572. (Col. Porrúa. Leyes y Códigos de México).

- 12.- REGLAMENTO DE LA COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS EN MATERIA DE INSPECCION Y VIGILANCIA
SEGUROS Y FIANZAS. México. Porrúa. 1996. págs. 575-594. (Col. Porrúa. Leyes y Códigos de México).