



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ACATLAN"

NATURALEZA JURIDICA DEL SEGURO
DE VIDA COLECTIVO.



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN DERECHO

P R E S E N T A :

ARMANDO HERNANDEZ RAMIREZ

ASESOR DE TESIS:
LIC. GERARDO GOYENCHEA GODINEZ



ACATLAN, EDO. DE MEXICO

MARZO, 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES

Imposible abarcar con un agradecimiento,
todo lo que les agradezco, por su contante lucha
con nosotros, su apoyo incondicional, la responsabilidad
que me inculcaron desde siempre, los sufrimientos compartidos
y sobre todo por su amor.
Por todo mil gracias, esto es por ustedes.

A MIS HERMANAS

Quienes han estado junto a mí, en todos los momento de
mi vida, desde los más alegres hasta los más difíciles,
siempre demostrándome su apoyo incondicional.
Siempre cuenten conmigo

A LA UNIVERSIDAD Y SUS MAESTROS

A quien me abrió las puertas de sus aulas, para que en ellas encontrara el conocimiento, la capacidad de crítica, de universalidad y sobre todo las herramientas necesarias para realizar mi vida profesional. Especialmente a todos y cada uno de mis profesores, de los cuales siempre obtuve cosas nuevas e interesantes.

AL LIC. GERARDO GOYENCHEA GODINEZ

Gracias por compartir parte de su sabiduría y su enorme responsabilidad demostrada dentro y fuera de las aulas, por ser siempre el maestro preparado, actualizado y sobre todo buen amigo.

A MI TIO

Por demostrar día a día su confianza a mi persona, brindarme su apoyo y permitirme mi desarrollo profesional a su lado, siendo esto para mí una fuente de admiración y ejemplo a seguir.

A TI

Que llegaste en un momento importante en
mi vida, sabes todo lo que me has hecho sentir,
y también tengo que agradecerte que en
este momento estés conmigo.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, con los grandes problemas sociales, económicos, políticos y demás, hacen que nuestras vidas existan más peligros que desencadenan los problemas antes mencionados, dando lugar al sentir una constante inseguridad, no sólo en lo físico, sino en lo emocional, económico y en general abarcando la complejidad de nuestros sentimientos y anhelos; por ende debemos pensar no sólo en lo presente, sino además debemos tener lo más claro posible nuestro futuro, ya que si bien es cierto que no sabemos lo que pueda pasar el día de mañana, también resulta cierto que debemos tener un rumbo, un camino a seguir, para que con ello, estemos en busca de la superación en todos los ámbitos, de la estabilidad tanto emocional, como económica y desde luego la felicidad de toda nuestra gente, llevando a un lado la intención de tener una mayor seguridad de igual manera en todos los ámbitos; para ello, no podemos dejar a un lado la valiosa prevención, la cual hará que en situaciones muy complejas y no esperadas, estemos o estén quienes nos rodean, en una situación que haga un poco menos difícil dicho momento.

La prevención hoy en día, a veces resulta invaluable, pero es algo que todavía no tenemos en nuestra cultura, pero pienso que poco a poco con el transcurso del tiempo, tomará mayor importancia y que el contratar diversos seguros para uno y la familia, y para los bienes materiales, será una prioridad que no podrá faltar en el hogar, en el trabajo, en la familia y en lo personal, ya que con ello no sólo se logra tener un poco de refuerzo para un momento difícil, sino además nos da un carácter de responsabilidad y de mayor confiabilidad con nuestro actuar.

Tratándose de los seguros, que podemos contratar con la respectivas compañías de seguros que se encuentran debidamente autorizadas para tal fin, tenemos que nos ofrecen una diversidad de ellos, dentro de los cuales

destacaré el seguro de vida, por su enorme importancia que puede tener en nuestras vidas.

El seguro de vida, que poco a poco ha sido contratado por más personas no sólo en nuestro país, sino alrededor del mundo, es sin duda una de los más importantes seguros que podemos tener; en él encontramos no sólo la confianza de que nuestra gente pueda recibir algún "beneficio" en ese momento difícil que resulta para quienes pierden a una persona amada y a veces la única que sostenía a toda una familia; por ello, las compañías han tratado de poner al alcance y ser más accesible, la posibilidad de que podamos gozar de un seguro de vida. Así encontramos el seguro de vida colectivo, que pensando en un campo más amplio, las compañías de seguros ponen al alcance de más personas dicho seguro, muchas de las cuales sin esa oportunidad no podrían gozar de dicho seguro, ya que la institución de seguros al establecer menos requisitos en dicho seguro, que en el seguro ordinario, y además a un menor costo promedio, es sin duda una enorme oportunidad para todos las personas (trabajadores), que pueden y cumplen en ese momento con los pocos requisitos, establecidos para ello.

Las compañías aseguradoras, al dar esa oportunidad a determinadas personas, también lo que esta creando, es la cultura en todos y cada uno de nosotros, de sentir la necesidad de contratar un seguro de vida. En el seguro de vida colectivo, encontraremos muchas características propias y distintas a otros seguros diversos, lo que hace que el estudio de dicho seguro, resulte interesante y muy motivante.

Así en la presente tesis, trataré de dar un amplio panorama de todo lo relacionado directa e indirectamente con el seguro de vida colectivo, el cual ya en el desarrollo de los respectivos capítulos, tomará y precisará la naturaleza jurídica del mismo.

Sin duda, llegaré a conclusiones definidas y claras, para que con ello, logre la finalidad de la presente, además trataré materias y naturalezas jurídicas, diversas que van desde la laboral, administrativa, mercantil y hasta la fiscal, lo que espero que dé como resultado un estudio completo del seguro de vida colectivo, que muchas personas en nuestro país actualmente gozan de él, sin tener claramente en la mente, su naturaleza jurídica.

NATURALEZA JURIDICA DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO

CAPITULO I. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA EN MÉXICO.

1.1. Período comprendido de 1821 a 1934.

El desarrollo del seguro en México, para efectos de exposición en el presente trabajo lo he dividido en periodos, citando al efecto algunas de las fechas y datos que al criterio personal resultan importantes; así encontramos que el autor Luis Ruiz Rueda establece que, no por influencia española, sino por natural herencia de la Madre Patria, al realizar México su independencia en 1821, conservó la legislación propia que tenía cuando fue la Nueva España y que en materia mercantil, estuvo constituida por las Ordenanzas del Consulado de la Universidad de los Mercaderes de la Nueva España, confirmadas por el rey de España en 24 de julio de 1604, en las cuales ya se decía que, aunque entonces no había empresas aseguradoras en este país, cuando llegaren a crearse sus operaciones deberían ser regidas por las Ordenanzas de Sevilla.¹

El periodo comprendido entre la consumación de la independencia en 1821 y el año de 1891 en que se expide un tipo de legislación específica en materia de seguros, se caracteriza por la ausencia de control gubernamental sobre la actividad de seguros.

En el transcurso de esos 70 años no se ejerció fiscalización o vigilancia del Estado sobre los aseguradores, toda vez que la preocupación del legislador se centraba en el contrato de seguro, sin establecer en forma específica requisito

¹ Ruiz Rueda, Luis, "El Contrato de Seguro" pág. 23

alguno para ejercer dicha actividad, por lo que cualquier persona, ya fuera física o moral podía considerarse, aun ocasionalmente, como asegurador.

A pesar de que las Ordenanzas de México, establecieron que en materia de seguros serían aplicables supletoriamente las Ordenanzas de Sevilla y no obstante que al realizarse en 1680 la Recopilación de las Leyes de los Reinos de Indias, se dedicó el título 39 del libro IX a la reglamentación del seguro, inspirándose en las Ordenanzas de Sevilla, fueron las de Bilbao las que rigieron en la práctica y en las resoluciones del Consulado de la Nueva España, entonces entendemos que durante este período el contrato de seguro estuvo regulado por las Ordenanzas de Bilbao, publicadas y mandadas a ejecutar por cédula de 2 de diciembre de 1737, en ellas se autorizó y reguló por primera vez el reaseguro.

Por lo que se refiere a los asegurados, se autorizan los seguros terrestres, tanto por lo que corresponde al transporte de mercancías y de más defectos, como a las cobranzas o pagos de cantidades "fiadas", estos es, lo que hoy se comprende en el moderno seguro de crédito. Asimismo, se prohibió el seguro de la vida humana, pero los navegantes y pasajeros podían asegurar su libertad, mediante una cantidad destinada a pagar en caso de cautiverio.

Durante su vigencia se fundaron las dos primeras empresas aseguradoras en la Nueva España. En 1789, una compañía de seguros marítimos con domicilio en la Ciudad de Veracruz y, en 1802 otra denominada seguros marítimos de Nueva España, las cuales tuvieron que liquidarse por las condiciones adversas que se generaron por la guerra entre España e Inglaterra.

Fue hasta el 16 de marzo de 1854, cuando fue expedido el decreto del Código de Comercio mexicano, el cual fue promulgado el 16 de mayo de ese mismo año e inició su vigencia el 27 del mismo mes y año, siendo presidente de la República Antonio López de Santa Anna y conocido como el Código de Lares,

en atención a su autor, reglamentó los seguros de compañía, los de conducciones terrestres y los marítimos en el título VII de su libro segundo, dedicado a los seguros de Conducción Terrestres y en la sección IV del título III de su libro tercero que aludió a los Seguros Marítimos. Durante la vigencia de dicho Código, aparecieron las empresas aseguradoras denominadas "La Previsora" y la "Bienhechora", como mutualistas de incendio y de vida.

El Código Civil para el Distrito Federal y Territorios de la República de la Baja California, aprobado por el Congreso Federal en el año de 1870, en su libro tercero, título XVII, capítulo II, reguló los diversos contratos de seguro, con excepción del marítimo, que se dejó sometido exclusivamente a las disposiciones del ordenamiento de comercio que en esa época aún no se había expedido. Es importante destacar que en su exposición de motivos, por primera ocasión se invocó la técnica aseguradora como base imprescindible de todo contrato de seguro. Asimismo en la citada exposición de motivos se establecía lo siguiente: "El seguro, fundado en prudentes convenios y hábiles cálculos, somete a reglas casi ciertas eventualidades y por medio de una contribución voluntaria y distribuida entre muchos, evita la ruina de un individuo y salva al mismo tiempo los intereses de otros ligados a los de aquél".²

El 14 de diciembre de 1883 se reforma la Constitución de 1857, en la fracción X de su artículo 72, en el sentido de considerar al Congreso de la Unión como el único órgano facultado para legislar en materia de comercio en todo el país, por lo que a partir de entonces la materia mercantil en México adquiere el carácter o naturaleza federal y consecuentemente, el contrato de seguro se consideraba en ese contexto, de conformidad a los presupuestos consignados en el artículo 682 del Código de Comercio; toda vez que en caso contrario su regulación se sujetaba a los términos del Código Civil de 1884, que reproducía setenta y siete artículos del ordenamiento anterior, el texto de ese precepto en

² Ruiz Rueda Luis, "El Contrato de Seguro" pág. 27.

comento, establecía: "El contrato de seguro es mercantil, si al estipularse se contienen estas dos circunstancias: que intervenga en calidad de asegurador un comerciante o compañía comercial que entre los dos ramos de su giro tenga el de seguros; y que el objeto de él sea la indemnización de los riesgos a que estén expuestas las, mercancías o negociaciones comerciales."³

El Código de Comercio de 1884, configuró el contrato de seguros como mercantil, de carácter federal y además como contrato civil, regido por los Códigos Civiles locales del Distrito y Territorios Federales y de los Estados, cuando esos contratos de seguros llenaran los requisitos consignados en el referido artículo 682 del Código de Comercio, con independencia del contrato civil con carácter local, por lo que se refiere al seguro de personas.

El Código de Comercio de 1889, mismo que fue promulgado el 15 de septiembre de 1889, para iniciar su vigencia el 1° de enero de 1890, tomó como modelos a los Códigos español e italiano, a través de los cuales se recibe a su vez influencia del estatuto primario francés vigente actualmente, estableció el criterio para determinar la mercantilidad del seguro, calificando como actos de comercio los contratos de seguro de toda especie, siempre que fueran celebrados por empresas. Contempló específicamente los seguros contra incendio, de transporte terrestre y sobre la vida, dejando abierta la posibilidad de que cualquier otra clase de riesgos provenientes de casos fortuitos o accidentes, fuera objeto de un contrato de seguro mercantil, siempre que lo pactado fuese lícito y apegado a la nueva legislación; es de mencionar que el seguro marítimo fue objeto de una sección especial.

Es hasta 1892, cuando el Estado empieza a legislar de una manera integral sobre la actividad aseguradora, siendo el Presidente de la República el General Porfirio Díaz, se expidió la Ley Sobre Compañías de Seguros, en la que prevalecía el principio de libertad de operación, pero sujeto a ciertas

³ Op. Cit. Pág. 28

medidas de control, entre las que destacaba la obligación de dichas compañías de publicar su situación financiera, a fin de permitir a quienes contrataban con ellas, tener garantía sobre los servicios que podían ofrecer. A pesar de que dicha ley no estableció requisito alguno para desempeñar la actividad aseguradora, exigía a las personas, físicas o morales, dedicadas a ella, acreditar ante la Secretaría de Hacienda haber cumplido los requisitos que el Código de Comercio establecía para los comerciantes, además de los contenidos en la ley especial, así como, tratándose de aseguradoras extranjeras, a tener un agente domiciliado en el país con poder suficiente para que las representara ante el público asegurado y las autoridades.

Para 1893, el seguro de vida era practicado por dos compañías mexicanas: "La Mexicana" y "La Fraternal", así como por siete agencias de empresas norteamericanas.

Así en 1897 uno de los primeros agentes de seguros operaron en México, William B. Woodrow, quien fundó la primera empresa de seguros instalada en nuestro país, la Compañía General Anglo Mexicana de Seguros S.A., dedicada al ramo de daños, suscribiendo los riesgos de transporte, incendio y diversos cuya denominación actual es Generali México, Compañía de Seguros S.A.

Posteriormente en 1901, L.E. De Neergaard, corresponsal del New York Insurance Co., concibió el proyecto de constituir lo que sería la primera sociedad de seguros sobre la vida con sede en nuestro país, La Nacional, Compañía de Seguros Sobre la Vida S.A.. Al año siguiente, en 1902 apareció La Latinoamericana Seguros de Vida S.A., y en 1906, se fundó la Latinoamericana, Mutualista S.C.. Para 1908 se funda "La Veracruzana" para practicar seguros de incendio y transportes.

El día 25 de mayo de 1910, se promulgó la primer ley que en forma moderna, para aquella época, reglamentaba las operaciones de seguros sobre la vida en

México, denominada Ley de Compañías de Seguros Sobre la Vida; teniendo como aspectos más importantes:

- a) Que el seguro sólo podría ser practicado por empresas constituidas como sociedades anónimas o por mutualistas;
- b) Que no podrían operar sino mediante autorización previa de la Secretaría de Hacienda;
- c) Se hacía obligatoria la constitución e inversión de reservas técnicas y de previsión;
- d) Se estableció la inspección oficial de acuerdo con el reglamento respectivo;
- e) Las tarifas de primas y los documentos de contratación de los seguros deberían ser previamente aprobados por la Secretaría de Hacienda;
- f) Se exigía a las empresas la publicación periódica de sus estados financieros;
- g) Se estableció la organización de las compañías de seguros sobre la vida y su reglamento. Esta ley además de reconocer el seguro de vida como una de las inversiones más interesantes del ahorro nacional, contenía innovaciones substanciales, aunque sólo por lo que respecta a las compañías que operaban en este ramo.

A esta ley siguió su reglamento con modificaciones de 29 de marzo de 1926, pero los seguros de daños seguían sujetos solamente a la ley de 1892, con excepción de los seguros marítimos. A partir de 1917, las visitas periódicas de funcionarios de la sección del seguro del Departamento de Comercio de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, la misma se encargó de la vigilancia de las compañías de seguros sobre la vida.

En 1923, entró en vigor un nuevo Reglamento de la Ley de Compañías de Seguros Sobre la Vida, el cual dispuso que las empresas extranjeras que se dedicaran a ese ramo, además de satisfacer los requisitos de las nacionales,

debían acreditar ante nuestro gobierno que tenían autorización de su país para dedicarse a esta actividad, así como tener un representante general en la República.

Fue hasta el año de 1926 cuando se determinó precisar y reglamentar el control que debía ejercer sobre las operaciones de las instituciones aseguradoras toda vez que la inversión de las reservas determinadas por la ley y correspondiente a los riesgos asumidos en México derivados de primas cobradas en este país, se hacía casi totalmente en beneficio de las economías de los países donde tales empresas tenían su domicilio, sin ofrecer ninguna garantía más que puramente teórica a los intereses de los asegurados.

Siendo el Presidente de la República Plutarco Elías Calles, se expidió un decreto por el que se reglamentó el procedimiento de liquidación de las compañías de seguros sobre la vida. El 25 de mayo de 1926, se promulgó la Ley General de Sociedades de Seguros, la cual constituyó el primer ordenamiento que reguló toda clase de empresas aseguradoras, extendiendo con esto el sistema de control estatal que ya existía para el seguro de vida. Esta ley exigió precisión técnica en los informes y las inspecciones; disminuyó el monto de capital inicial y del depósito, estableciendo que este último debería de efectuarse en el recientemente fundado Banco de México. Quedaron sujetas a la citada ley, tanto las sociedades nacionales como extranjeras, debiendo constituirse las primeras como sociedades anónimas o cooperativas, reforzando el nacionalismo en esta materia. También previó la existencia de sociedades mutualistas y entre sus requisitos dispuso que las compañías extranjeras estarían sujetas a leyes mexicanas exclusivamente y a la jurisdicción de los tribunales de la República. Asimismo, dicho ordenamiento estableció el seguro saldado después de tres años, e indicó que las pólizas debían contener cuadros de valores garantizados y el préstamo automático para el pago de primas en seguros de vida. Reguló un procedimiento

conciliatorio ante el Departamento de Seguro, previendo la intervención de la junta arbitral, al no ser posible la conciliación.

En 1930 el gobierno federal fundó Seguros de México S.A., a efecto de que absorbiera la cartera de la empresa The Sun Life Assurance Company of Canada, a la que se le revocó el permiso de operar en nuestro país, por no estar dispuesta a sujetarse a las nuevas disposiciones.

En virtud del gran volumen de utilidades que obtenían las compañías aseguradoras extranjeras que salían del país, por decreto del 19 de noviembre de 1931, se modificó substancialmente la Ley de 1926, estableciéndose que esas aseguradoras debían organizarse conforme a las leyes mexicanas, ser administradas por una mayoría de mexicanos y que el 55% de su capital también fuera nacional, con lo cual se logró la mexicanización de las empresas de seguros.

La necesidad de perfeccionar a corto plazo el funcionamiento del seguro, llevó al Congreso de la Unión a conceder al nuevo Presidente, General Lázaro Cardenas, facultades extraordinarias para legislar en materia de seguros. Con la facultad conferida, el Presidente expidió diversos decretos en los que principalmente se legisla sobre el cálculo de las primas y de las reservas, las cuales deberían ser crecientes en relación con el tiempo, para garantizar plenamente el monto de las obligaciones de las aseguradoras y estableció el derecho del Estado para modificar las tarifas de primas cuando éstas tuvieran como estadísticas extranjeras; señalaba además la necesidad de crear nuevos tipos de seguros adecuados a las exigencias del desarrollo económico del país, entre otros puntos.

1.2. Periodo comprendido de 1935 a 1999.

A mediados del año de 1935 el seguro era practicado en México, en cuanto a organizaciones mexicanas, en el ramo de vida, por las dos sociedades anónimas mexicanas establecidas en 1901 y 1906, mencionadas anteriormente; por dos sociedades mutualistas y en los ramos de seguros contra daños a la propiedad, por las dos sociedades mexicanas establecidas en 1897 y en 1908 de igual forma antes mencionadas. Por lo que hace a organizaciones extranjeras, operaban dos agencias que practicaban el seguros sobre la vida y 45 agentes representantes también de empresas extranjeras que practicaban el seguro en los diferentes ramos de daños a la propiedad.

El 31 de agosto de 1935 constituye una fecha memorable en los anales del desarrollo del seguro en México, pues fue entonces cuando se promulgaron y entraron en vigor las dos leyes que son fundamentales del progreso alcanzado por nuestro país en esta materia:

- a) La "Ley Sobre el Contrato de Seguro", elaborada por el Licenciado Manuel Gual Vidal, quien se dice se inspiró en gran parte en la Ley Federal Suiza del Contrato de Seguro, de 12 de abril de 1908 y en la Ley Francesa relativa al mismo contrato de 13 de julio de 1930. Esta ley establecía las normas para la interpretación y adecuada aplicación de dicho contrato; consagró reglas y principios técnicos, como el de la proporcionalidad de la prima al riesgo; el de las cargas de descripción de éste, antes y después de concluido el contrato; el de la exclusión legal de ciertos riesgos técnicamente no asegurables; el de las consecuencias de la mora del asegurado en el pago de las primas; así como el carácter imperativo de sus disposiciones. Como caso de excepción, dicho ordenamiento especificó que los seguros marítimos se regirían por el Código de Comercio, por lo cual, sólo les serían aplicables sus disposiciones en lo que fueran compatibles, y

b) La "Ley General de Instituciones de Seguros", que dejó sentadas las bases para la verdadera mexicanización y el correcto funcionamiento de la industria aseguradora en México la cual vino a establecer entre otros puntos:

- 1) El control y la vigilancia técnica y administrativa de las instituciones aseguradoras por parte de la Secretaría de Hacienda que ejercía por conducto de sus oficinas de seguros y fianzas y de la Comisión Nacional de Seguros;
- 2) Las bases para la organización y funcionamiento de empresas que como sociedades anónimas o como sucursales de empresas extranjeras, se establecieran y operaran en el país, clasificando las primeras en dos grupos: 1° las nacionales, es decir aquellas en cuyo capital tenga mayoría el Estado; y 2° las mexicanas, es decir las que se constituyen en capital privado;
- 3) Clasifica las operaciones de seguros en tres grandes ramos: I. Vida. II. Accidentes y enfermedades, y III. Daños a la propiedad;
- 4) Ordena la constitución de reservas técnicas para riesgos en curso; la de previsión para fluctuaciones de valores y desviaciones estadísticas y la correspondiente a siniestros pendientes de pago, protegiendo con esto los intereses del asegurado;
- 5) Reglamenta la inversión de dichas reservas, lo mismo que de su capital;
- 6) Prohíbe la práctica de cualquier operación activa de seguros en territorio mexicano, a cualquier persona que carezca de autorización expresa para operar como institución de seguros o en representación de una que lo esté para practicarlo en el país y contratar con empresas extranjeras los seguros que se requieren para la protección de personas o de intereses domiciliados en el país.

Al conocer el contenido de dicha ley, las aseguradoras extranjeras se negaron (con excepción de una de vida) a acatar sus disposiciones. La empresa extranjera del ramo de vida que se rehusó a acatar la ley dejó de operar, dando motivo a la creación de una institución nacional de ese ramo que absorbió la cartera de aquellas, manteniendo en todo su vigor y fuerza los contratos de seguros celebrados por ella. Esa institución denominada "Seguros de México" fue posteriormente, quince años más tarde, traspasada a intereses privados mexicanos, practicando el seguro de daños y convirtiéndose en una empresa de operación mixta de vida y daños.

Todas las empresas extranjeras de seguros de daños a la propiedad que operaban por conducto de agencias, retiraron a éstas su representación, por lo que los agentes mexicanos de dichas empresas reunieron los capitales requeridos por la ley, continuando su actividad, dando a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por medio de su oficina de Seguros y Fianzas, que entonces realizaba también las funciones que posteriormente se encomendaron a la Comisión Nacional de Seguros, creada en 1946, toda cooperación técnica, legal y administrativa, para su organización, naciendo así las primeras instituciones de seguros mexicanas.

En agosto de 1936 fue reformada la Ley General de Instituciones de Seguros, estableciéndose la obligación para los gobiernos Federal, del Distrito Federal y de los Estados de la República, de contratar preferentemente los seguros para cubrir los riesgos correspondientes a bienes de su propiedad, con las instituciones nacionales, y en su defecto, con las mexicanas privadas.

En abril de 1946, mediante una modificación al citado ordenamiento, se trató de algunas imprecisiones que presentaba. Para ello se consideró como un ramo especial al seguro de crédito y se ajustó el procedimiento para el otorgamiento de autorizaciones para ejercer la actividad aseguradora. Asimismo en este año, se crea la Comisión Nacional de Seguros, mediante

reglamento del Ejecutivo Federal de 28 de septiembre de 1946, por el que se le asignaron las funciones de inspección y vigilancia que correspondían a la Secretaría de Hacienda y se estableció su organización.

En 1947, el Estado decidió intervenir directamente en la práctica del seguro de daños, mediante la creación de una institución de su propiedad, "Aseguradora Mexicana S.A.", con el fin de procurar en forma técnica el autoseguro de bienes y negocios oficiales, así como para impulsar algunos ramos del seguro, ordenándose a las dependencias correspondientes al gobierno que deberían contratar sus seguros precisamente con la aludida aseguradora.

Los decretos publicados en 1940 y 1950, respectivamente, tuvieron por objeto cuidar la prosperidad y solvencia de las instituciones de seguros y facultar la intervención del Ejecutivo Federal en los renglones y lineamientos de inversión.

La reforma de 1951, fue en relación con la prohibición del ejercicio de la actividad aseguradora, precisando su extensión, alcance, efectos y demás para declarar inembargables los bienes en que estuvieran invertidas las reservas.

La reforma de 1953 de la Ley General de Instituciones de Seguros, tendió a una mayor participación de las instituciones de seguros en el desarrollo económico del país, canalizando sus recursos a actividades de beneficio social. Se propuso un procedimiento conciliatorio ante la Comisión Nacional de Seguros, así como un juicio arbitral en caso de que las partes no conciliaran sus intereses y al no ser designada árbitro la citada Comisión, se reservó al actor de ocurrir ante los tribunales judiciales a ejercitar sus derechos, acreditando haber agotado el procedimiento conciliatorio ante dicha comisión.

Por decreto de 23 de diciembre de 1954, se adicionó a la Ley General de Instituciones de Seguros, un artículo en el que se reconoce a los consorcios como organizaciones auxiliares de seguros. Por decreto de 1956, se reforma la Ley General de Instituciones de Seguros, estableciendo entre otros puntos la división de las operaciones de seguros en tres bloques: a) vida, B) accidentes y enfermedades, y c) daños, comprendiendo este último los ramos de responsabilidad civil y riesgos profesionales, marítimo y transportes, incendio, agrícola, automóviles, créditos y diversos, pudiendo concederse también para practicarse exclusivamente el reaseguro, en alguna o algunas de las operaciones mencionadas. En cuanto a su organización las aseguradoras debían ser sociedades anónimas o mutualistas y las extranjeras tenían que comprobar su legal constitución conforme a las disposiciones relativas de la Ley General de Sociedades Mercantiles y deberían declarar el capital con el que trabajarían sus sucursales en la República Mexicana.

El 29 de diciembre de 1961 se promulga la Ley del Seguro Agrícola y Ganadero y se creó, por medio de la misma la Institución Nacional de Seguros denominada Aseguradora Agrícola y Ganadera S.A. (ANAGSA) actualmente dicha ley se encuentra abrogada y la aludida institución aseguradora ha desaparecido. Asimismo, por decreto de 29 de diciembre de 1970, desapareció la Comisión Nacional de Seguros, transfiriendo sus funciones de inspección y vigilancia de las instituciones de seguros a la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, expidiéndose su reglamento el 9 de agosto de 1971.

Para el 4 de julio de 1976, al suscribir el gobierno federal la mayoría de las acciones de Aseguradora Hidalgo S.A., ésta se convirtió en una Institución Nacional de Seguros.

En 1980, ante la evolución del sistema financiero, el Ejecutivo consideró necesario reorientar y promover una mayor participación del sector asegurador dentro de la política económica general, tomando en cuenta el amplio potencial

que para el mercado de seguros había ofrecido siempre nuestra economía y el escaso desarrollo de dicha actividad, por lo que a fines de ese año se presentó una iniciativa de reformas procurando una transformación integral del contenido y estructura de la Ley General de Instituciones de Seguros de 1935, bajo la técnica de "ley marco", sobresaliendo de ésta, entre otros puntos, los siguientes:

- a) En lugar de la autorización para funcionar como institución de seguros, se requiere en adelante la concesión del gobierno federal por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y
- b) Se establece el Registro General de Reaseguradoras Extranjeras, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

El 7 de enero de 1981 entraron en vigor modificaciones adicionales a la Ley General de Instituciones de Seguros, a fin de modernizar el sector y adecuarlo a las nuevas condiciones, las cuales se pueden clasificar en:

1. Reforma a la estructura del sector asegurador, con el propósito de redefinir el papel que deben tener las entidades que integran el sector. Entre otros puntos se estableció:
 - a) Un régimen de concesión para las instituciones de seguros, de conformidad con el carácter de servicio público asignado a esta actividad;
 - b) Se sujetó a las Sociedades Mutualistas de Seguros al régimen de autorización por parte de la Secretaría de hacienda y Crédito Público;
 - c) Se adecuó el marco jurídico que regía la actividad de los agentes de seguros;
 - d) Se sujetó a autorización la actividad del ajustador y se fijaron las bases para expedir el reglamento específico.
2. Reformas al régimen de operación de las empresas aseguradoras:
 - a) Se adicionó entre los ramos que las empresas podían operar, los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, cuando algunos adquieran una importancia tal que ameriten se les

considere como ramo independiente, además de mencionar el de responsabilidad civil como adicional entre otros ramos;

- b) Se señalan todas las operaciones que las aseguradoras podían realizar, tanto de seguro como de reaseguro y las análogas o conexas que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autorizara, previa opinión de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros;
 - c) Se actualizaron los criterios técnicos en materia de reservas, tomando en cuenta la complejidad en las necesidades de aseguramiento y el creciente número de tipos de seguro que habían venido creándose;
 - d) Se estableció la obligación para las instituciones de seguros de constituir una reserva de capital para fluctuaciones de valores, entre otros puntos.
3. Reformas para procurar una mayor sanidad del sector:
- a) Se procuró ampliar y definir las funciones de inspección y vigilancia por parte de las autoridades del sector, manteniéndose las reglas de contabilidad, inspección y vigilancia, con algunas actualizaciones y adaptaciones para lograr una mayor eficiencia;
 - b) Se indicaron de manera específica las operaciones que expresamente tenían prohibido realizar las Instituciones de Seguros;
 - c) Se previó que tratándose de delitos cometidos por funcionarios o empleados de compañías de seguros, los mismos serían perseguidos por querrela de la secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Asimismo a partir de 1° de enero de 1981, entró en vigor la Ley del Seguro Agropecuario y de vida Campesino, misma que reguló la actividad de la Aseguradora Nacional Agrícola y Ganadera S.A., entidad paraestatal creada por ley en 1961.

El establecimiento del seguro agropecuario tuvo por objeto brindar apoyo al desarrollo productivo del campo, sustituyendo la inseguridad por la seguridad y

facilitando el uso de crédito, mediante la garantía de las inversiones contra ciertos riesgos.

Es de destacar la labor legislativa en materia de seguros a partir de 1981, pues además de los ordenamientos mencionados, se publicaron diversas disposiciones como :

- a) Acuerdo presidencial de 15 de mayo de 1981, que ratifican las secretarías de Estado y Departamentos Administrativos y las entidades que componen la Administración Pública Paraestatal, deberán contar con Aseguradora Mexicana S.A. y Aseguradora Hidalgo S.A., los seguros necesarios para el desempeño de sus actividades;
- b) El Reglamento de Agentes de Seguros, publicado el 24 de septiembre de 1981;
- c) El Reglamento de la Ley del Seguro Agropecuario y de Vida Campesino, que entró en vigor el 29 de junio de 1982.

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 1983, se reformó la Ley General de Instituciones de Seguros, a efecto de ampliar la protección de los intereses del público usuario respecto a los servicios que prestan las empresas de seguros y mejorar substancialmente el procedimiento de tutela y protección a los asegurados, incluyendo bases para la conciliación y el arbitraje, en forma rápida objetiva conforme a los principios constitucionales y acatando las formalidades esenciales del procedimiento. De especial trascendencia resulta la medida que dispone que la constitución de reserva para obligaciones pendientes de cumplir debería ser ordenada por la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, conforme al artículo 135 de la Ley a comento; los productos de la inversión quedarían siempre en beneficio del reclamante si el cobro resultare procedente, lo que permitía compensar la pérdida por la duración del juicio. En estas reformas se establecieron los plazos perentorios obligatorios para que las empresas de seguros rindieran informes detallados sobre las reclamaciones que se presentaran en su contra.

En el caso de que las partes no aceptasen la conciliación, se previó su posible intervención en amigable composición o juicio arbitral. Se establecieron reglas para operaciones de seguros y reaseguro en moneda extranjera celebradas por instituciones y sociedades mutualistas de seguros del país, expedidas estas en mayo de 1983.

Por decreto de 20 de diciembre de 1984, y publicado en el Diario Oficial de la Federación del 14 de enero de 1985, se realizaron algunas modificaciones a la Ley General de Instituciones de Seguros en lo que respecta a la ampliación de las operaciones de vida y se establecieron reglas respecto al cálculo de las reservas por riesgo en curso.

Por decreto expedido en 1985, se reformó el artículo 123 de la Ley de Vías Generales de Comunicación, numeral que establece la obligación de los transportistas de proteger a los viajeros y a sus pertenencias cuando utilicen sus servicios. Al efecto, el término "asegurar" por "proteger", lo que permite al transportista elegir el medio que más le convenía para cubrir la responsabilidad objetiva en la que incurriera. Asimismo el 18 de diciembre de 1985, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público expidió las "Reglas para la Constitución de las Reservas de Riesgos en Curso", de las compañías aseguradoras, para las reservas, para fluctuaciones de valores; la reserva de previsión y para la constitución e incremento de las reservas especiales de las aseguradoras.

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 3 de enero de 1990, se promulgó la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, misma que entró en vigor al día siguiente de su publicación, dividiendo las funciones de la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros en dos organismos desconcentrados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público denominados Comisión Nacional Bancaria y Comisión Nacional de

Seguros y Fianzas encaminada esta última, entre otras funciones a la inspección y vigilancia de las instituciones de seguros, de las sociedades mutualistas y de las afianzadoras; fungir como órgano de consulta de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; imponer multas por las infracciones a las disposiciones de esta ley; elaborar estudios que le sean encomendados y coadyuvar con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en el desarrollo de políticas adecuadas para la selección de riesgos. Con motivo de este decreto el gobierno federal establece, entre otros puntos, los siguientes:

- a) Se requiere su autorización para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros;
- b) Se autoriza a las instituciones de seguros, a realizar operaciones de reafianzamiento;
- c) A las instituciones autorizadas para practicar exclusivamente el reaseguro, se les autorizó para realizar operaciones de reafianzamiento;
- d) Se autorizó por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la participación de capital extranjero en el capital pagado de las instituciones aseguradoras mexicanas, siempre y cuando se tratara de entidades aseguradoras, reaseguradoras, afianzadoras del extranjero y a personas físicas o morales extranjeras o agrupaciones de las mismas, aclarándose que la inversión mexicana siempre tendría que ser mayoritaria, manteniendo la facultad de determinar el manejo de la institución y su control previsto en el capítulo de servicios financieros.

El 9 de febrero de 1990 se publicó en el Diario Oficial de la Federación un oficio por el cual la Secretaría de Hacienda y Crédito Público declaró en estado de disolución a ANAGSA y, con fecha 7 de junio del mismo año, el Diario Oficial de la Federación publicó un acuerdo por el cual se autorizó la constitución y organización de la institución de seguros denominada Agroasemex S.A.. Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de julio de 1993, se modificaron algunos artículos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en lo que respecta a los

aspectos legal, técnico, administrativo, de inversiones y financiero. De entre otros puntos sobresalientes de esta reforma, se estableció, entre otros puntos que:

- a) Las instituciones de seguros podrán ser constituidas como sociedades de capital fijo o variable, debiendo contener un capital mínimo para cada operación y ramo que se les haya autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;
- b) Se establecieron nuevos lineamientos en los que se refiere al trámite de los juicios arbitrales que se ventilaran ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y en relación a la constitución e inversión de la reserva específica para obligaciones pendientes de cumplir;
- c) Se definió el término de "operación activa" entendiéndose por ésta: "cuando una persona asume un riesgo cuya realización dependa de un acontecimiento futuro e incierto, a cambio de que otra le cubra una suma de dinero, obligándose quien asume el riesgo, cuando se produzca éste, a resarcir el daño de manera directa o al pago de una suma de dinero". Asimismo se establece que: "no se considerará operación activa de seguros la comercialización a futuro de bienes o servicios, cuando el cumplimiento de la obligación de un acontecimiento futuro e incierto, se satisfaga con recursos e instalaciones propios de quien ofrece el bien o el servicio y sin que se comprometa a resarcir algún daño o a pagar alguna prestación en dinero" (artículo 3º, segundo párrafo de la L.G.I.S.M.S.);
- d) Se modificaron y adicionaron las sanciones a las infracciones previstas en la citada ley.

Mediante Diario Oficial de la Federación de fecha 17 de mayo de 1993, se publicó el nuevo Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas, abrogado con éste el anterior de 8 de septiembre de 1981.

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de enero de 1997, se modificaron algunos artículos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. De esta reforma se desprenden, entre otros puntos los siguientes:

- a) Se consideró para efectos de esta ley que se realiza una operación activa se seguros cuando, en caso de que se presente algún 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;
- b) Se realizó una nueva clasificación de las operaciones de seguros;
- c) Se incluyó dentro de las operaciones de pueden realizar las instituciones de seguros la de invertir en el capital de las administradoras de fondos para el retiro y en el de las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro, en términos de la legislación aplicable; actuar como comisionista con representación de empresas extranjeras para efectos de lo previsto en la fracción III, inciso 2) del artículo 3° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros;
- d) Se creó el artículo 52 bis que establece la creación de reservas técnicas cuando se operen seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social;
- e) Se creó el artículo 52 bis-11 que establece: para las instituciones de seguros autorizadas para operar los seguros de personas derivados de las leyes de seguridad social, la constitución de un fondo especial, a través de un fideicomiso, cuya finalidad será contar con recursos financieros que, en caso necesario apoyen el adecuado funcionamiento de los seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social;
- f) Se derogaron y modificaron algunos párrafos del artículo 135 de la citada ley en lo que se refiere al procedimiento conciliatorio y arbitral ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas;

- g) Se creó el artículo 135 bis que establece el procedimiento para el caso de que la empresa de seguros no cumpla con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles éstas;
- h) Se creó el artículo 147 que establece las multas que se impondrán a los consejeros, comisarios, directores, funcionarios o empleados de un intermediario de reaseguro.

Por lo que se refiere a las reformas que sufrió con motivo de las rentas vitalicias son de mencionar las siguientes:

- a) El artículo 7°, párrafo tercero, estableció la exclusividad de objeto de aquellas aseguradoras que se dediquen a contratar seguros que tengan como base planes de pensiones o de supervivencia derivados de las leyes de seguridad social;
- b) El artículo 8°, fracción I y I bis, por lo que se refiere a las operaciones de seguros que pueden realizar las aseguradoras, se agregaron los planes de pensiones o de supervivencia relacionados con la edad, jubilación o retiro de personas, derivados de las leyes de seguridad social o bajo esquemas privados;
- c) El artículo 47, fracción I bis, estableció la constitución de reservas de los seguros de pensiones derivados de la seguridad social;
- d) El artículo 47, párrafo último, facultó a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para que, por medio de reglas de carácter general, determinara las tablas de mortalidad, invalidez y sobrevivencia, así como la tasa máxima de interés compuesto;
- e) El artículo 50, fracción I, inciso e), creó la constitución de reservas para obligaciones pendientes de pago de los seguros derivados de la seguridad social;
- f) El artículo 52 bis, creó las reservas adicionales que las aseguradoras autorizadas para operar seguros de pensiones derivados de la seguridad social deberían constituir;
- g) El artículo 52 bis-1, estableció reglas del fondo global de contingencia;

- h) El artículo 61 fracción III, párrafo último estatuyó el régimen especial de inversión para las reservas de los seguros derivados de la seguridad social;
- i) El artículo 81, fracción I, excluyó a las sociedades mutualistas de la operación de seguros derivados de la seguridad social;
- j) El artículo 129, consideró a los pensionados como acreedores con privilegio especial;
- k) El artículo Décimo Noveno, del decreto publicado el 23 de mayo de 1996, señaló que el período de transición para la creación obligatoria de instituciones de seguros de vida, autorizadas en exclusiva para operar los seguros de pensiones derivadas de la seguridad social, vencerá el 1° de enero de 2002.

Mediante Diario Oficial de la Federación del 18 de enero de 1999, se publicó la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, misma que es reformada mediante publicación del 5 de enero del 2000, ley que crea a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, para promover, proteger y defender los derechos e intereses de las personas que utilizan los servicios ofrecidos por las entidades financieras, procurar crear una cultura en esta materia entre el público en general y proveer de la información necesaria a los usuarios citados, para que puedan decidir con mayores y mejores elementos, las decisiones relativas a la contratación de servicios financieros.

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1999, se modificaron algunos artículos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros; de esta reforma destacan los siguientes puntos:

- a) Se confiere el carácter de interés público a la ley, teniendo por objeto regular la organización y funcionamiento de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros; las actividades y operaciones que

las mismas podrán realizar, así como las de los agentes de seguros y demás personas relacionadas con la actividad aseguradora, en protección de los intereses del público usuario de los servicios correspondientes;

- b) Regular la actividad de las empresas de medicina prepagada, que ahora se les considera como instituciones especializadas de seguros, de manera que ya no podrán dar más servicio sino se constituyen como compañías de seguros;
- c) Se precisan aspectos de regulación de reservas y márgenes de solvencia;
- d) Excluye la participación de funcionarios públicos en compañías de seguros;
- e) Se agiliza el sistema de apremio y de multas;
- f) Se modifica el segundo párrafo del artículo 23 de la citada ley, estableciéndose entre otros puntos que la intermediación de contratos de seguro que no tengan el carácter de contratos de adhesión, esta exclusivamente reservada a los agentes de seguros.

Con esto último se destaca la exclusividad para los agentes de seguros en aquellos contratos que no tengan carácter de adhesión (definidos en el artículo 36 B, de la ley), y la apertura para los casos que sí tengan carácter de adhesión para personas morales de cualquier índole, mediante contratos de servicios previstos en el artículo 41 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

1.3 El tratado de Libre Comercio de América del Norte y el Seguro en México.

El Tratado Trilateral del libre Comercio (TTLIC) o North American Free Trade Agreement (NAFTA), se firmó en la ciudad de San Antonio Texas, en los

Estado Unidos de América el día 7 de octubre de 1992, el cual fue ratificado por los poderes legislativos de los tres países, Estados Unidos de América, Canadá y México, entrando en vigor el 1° de enero de 1994.

En términos generales, los objetivos del tratado son:

- a) Eliminar barreras al comercio;
- b) Promover condiciones para una competencia justa;
- c) Incrementar las oportunidades de inversión;
- d) Proporcionar protección adecuada a los derechos de propiedad intelectual;
- e) Establecer procedimientos efectivos para la aplicación del tratado;
- f) Solución de controversias;
- g) Fomento de la cooperación unilateral, regional y multilateral.

El inicio de las negociaciones del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, entre los países involucrados, se llevó a cabo, primero en la reunión ministerial celebrada en Toronto, Canadá el día 12 de junio de 1991. En esta reunión los equipos negociadores llegaron a los siguientes acuerdos:

- I. Determinaron seis grandes áreas de negociación; acceso a mercados, reglas de comercio, servicios, inversión, propiedad intelectual y soluciones de controversias;
- II. Establecieron 17 grupos de trabajo para la negociación de los dos eran dedicados a servicios financieros y a servicios de seguros;
- III. Acordaron un calendario de fechas en las que se reunirían los grupos de trabajo.

En lo que respecta a los servicios financieros, el tratado establece un enfoque integral sustentado en principios sobre las disposiciones gubernamentales que

regulan la prestación de servicios financieros, tomándose medidas que afectan la prestación de servicios por instituciones financieras de banca, seguros, valores, y otros servicios financieros, dejando a cada país definir sus compromisos específicos de liberación, los periodos de transición para apegarse a los principios acordados y algunas reservas a dichos principios.

Entre los servicios financieros, se contempla el trato que se dará al sector asegurador y que especialmente en nuestro país será el siguiente: las aseguradoras de Canadá y Estados Unidos podrán tener acceso al mercado mexicano de dos maneras:

- a) Las compañías asociadas con Aseguradoras Mexicanas (que al momento de la firma de dicha Tratado, eran seis las estadounidenses: Metropolitana Life, Chubb internacional, Aetna International, American International Group-Aig, Cigna y New York Life, no existia presencia Canadiense) podrían incrementar en forma gradual su participación accionaria en la sociedad en coinversión, de 30% en 1994, a 51% en 1998 y hasta alcanzar el 100% en el año 2000;
- b) En segundo lugar, las aseguradoras de Canadá y Estados Unidos podrían constituir filiales sujetas a un límite agregado del 6% de participación máxima en el mercado, participación que aumentaría paulatinamente hasta el 12% al término de 1999 y un límite individual del 1.5% del mercado;
- c) De manera adicional, las compañías de Canadá y Estados Unidos asociadas con aseguradoras mexicanas podrían incrementar su participación accionaria hasta 100% en dichas compañías a partir del primero de enero de 1996;
- d) Desde la entrada en vigor del TTLC, las sociedades prestadoras de servicios auxiliares y de intermediación en seguros podrán establecer filiales sin límite de participación.⁴

⁴ Minzoni Consorti, Antonio, op. Cit., pág. 152

1.4 Antecedentes históricos del control estatal en la actividad aseguradora en México.

En la práctica, el contrato de seguro no lo contiene todo; siempre quedan circunstancias no previstas o cláusulas susceptibles de interpretación, donde deben intervenir la buena fe. Existe, entonces una necesidad real de que el funcionamiento de las instituciones económicas, que de ese modo protegen al público y lo representan ante los profesionales aseguradores.

El seguro es un servicio cuyo precio se determina en función a los elementos desconocidos en el momento fijado; por lo tanto, existe el riesgo de que sea insuficiente y ponga en peligro la existencia misma de la empresa que presta el servicio, o de que sea excesivo y constituya fraude. Por la misma razón, de que el precio del seguro sea correcto deber recaer en un organismo neutral, cuya situación en la red general de información le permita valorar las tasas de primas que las entidades aseguradoras perciben por su servicio o, al menos tener algún poder de supervisión y análisis sobre ellas.

También puede decirse que por ser el seguro una actividad muy regulada en todo el mundo, parece lógico que exista un centro u organismo que vele porque las entidades ajusten su actuación a la legislación correspondiente, por lo que casi en todos los países existe un organismo, institución o ente creado ex profeso dentro de la Administración del Estado para desempeñar esta función.

“Dentro de los objetivos generales se pueden mencionar los siguientes:

- a) Exigir el cumplimiento de las leyes vigentes en cada momento por parte de quienes intervienen en el mercado asegurador; aseguradoras, reaseguradoras, agentes, entre otros;
- b) Conocer constantemente la situación económica-financiera de las entidades que actúan en el mercado;

- c) Detectar y corregir las situaciones irregulares y las anomalías que comprometan la solvencia de las entidades;
- d) Procurar que la actuación técnica de las entidades se base en principios actuariales, estadísticas y cálculos correctos;
- e) Elaborar informes y estadísticas que reflejen la situación y constituyan una guía para cuantos trabajan en él.⁵

El control de la actividad aseguradora en México a tenido un gran desarrollo a través del paso del tiempo, mismo que a continuación mencionaré.

1.4.1. Período comprendido de 1854 a 2003.

A lo largo del siglo XIX se encuentran los primeros antecedentes históricos de un organismo gubernamental apto para supervisar la labor de las pocas instituciones de seguros que operaban en el país. El Código de Comercio de la Ciudad de México, de 16 de mayo de 1854, conocido como "Código Lares" por la influencia que tuvo en su estructuración el ministro del gobierno del General Antonio. López de Santa Anna, don Teodosio Lares, en sus artículos relacionados con la actividad aseguradora (seguros de conducciones terrestres y seguros marítimos), habló de la presencia de un funcionario del gobierno autorizado y por lo tanto responsable de otorgar "contratos de seguros", tratándose de los "agentes consulares", cuya autorización era únicamente para la "celebración de contratos de seguros en las plazas de comercio de sus respectivas residencias", siempre y cuando que alguno de sus contratantes fuera mexicano, dichas pólizas tendrían igual fuerza como si se hubiera hecho con intervención de un corredor en territorio mexicano.

Bajo el imperio de Maximiliano en el año de 1865 se expidieron los estatutos para el establecimiento de instituciones de seguros, regulándose un capítulo IV denominado "de la inspección" dentro del estatuto de "La Previsora Compañía

⁵ Fundación Mapfre Estudios, Curso de Introducción al Seguro, pág. 25

de Seguros Mutuos Contra Incendios”, que establecía entre otras disposiciones las siguientes:

“Artículo 199.- La autoridad suprema nombrará al interventor que inspeccione y vigile el cumplimiento de estos estatutos en pro del mejor servicio público dándole cuenta de todo lo que a juicio del mismo deba ponerse en su conocimiento.

Artículo 200.- El interventor percibirá un sueldo de dos mil pesos mensuales pagados por la compañía.

Artículo 202.- El interventor obrará en todo acuerdo con las instrucciones que recibiere de la autoridad.”

En el estatuto de la Bienhechora, Compañía de Seguros Mutualistas Sobre la Vida, en la fracción IV “Del interventor”, se regulaba:

“Artículo 102.- El interventor será nombrado por la autoridad suprema;

Artículo 103.- El interventor tendrá las facultades siguientes:

- I. Imponerse de todas las operaciones de la administración;*
- II. Examinar las cuentas del establecimiento;*
- III. Velar la fiel observancia de los estatutos;*
- IV. Cuidar de la formación de fondos de las asociaciones;*
- V. Autorizar la repartición de capitales e intereses entre los asociados;*
- VI. Vigilar la inversión que se le dé a los fondos mencionados;*
- VII. Presidir la Junta General;*
- VIII. Presidir el Consejo de Vigilancia;*
- IX. Votar en la Junta General y Consejo de Vigilancia, en caso de empate;*

Artículo 104.- El interventor visara toda liquidación de las asociaciones y las particulares de los asociados.

Artículo 105.- El interventor firmará todas las actas de las Juntas Generales y las del Consejo de Vigilancia;

Artículo 106.- El interventor informará al Gobierno Supremo sobre lo relativo a la compañía mensualmente, y en los términos que el mismo gobierno se sirva determinarlo;

Artículo 107.- El interventor será pagado por la compañía;

Artículo 108.- Se asigna al interventor un sueldo de dos mil pesos;...”

En el estatuto de " El Provenir Compañía de Seguros Sobre la Vida" y la "Mexicana Compañía de Seguros Mutuos Contra Incendios", existía un capítulo referente a la intervención del gobierno donde se le daban facultades para:

- a) Inspeccionar y vigilar todas las operaciones de las compañías, y
- b) Presidir sin voto la Junta General.

Los libros y demás estarían a disposición del interventor para su examen.

Con fecha 16 de diciembre de 1892, se promulgó la primera "Ley Sobre Compañías de Seguros", pero cualquier comunicación de las empresas de seguros que operaran en el país con las autoridades, debían hacerse directamente a la Secretaría de Hacienda. En el mes de octubre de 1904 se creó el Departamento de Inspección General de Instituciones de Crédito y Compañías de seguros.

Con fecha 25 de mayo de 1910 se promulgó la "Ley Relativa a la Organización de las Compañías de Seguros Sobre la Vida", la cual en su capítulo IV, "De vigilancia de las Compañías", artículo 42, así se expresaba: "La Secretaría de Hacienda y Crédito Público ejercerá la vigilancia de las compañías de seguros sobre la vida por conducto de un departamento especial que se llamará de Seguros", a continuación dice que "el reglamento de la ley, determinará la

forma en que se ejercerá la inspección y vigilancia". Cabe agregar que dicho reglamento fue promulgado y publicado el día 24 de agosto de 1910. En el citado capítulo IV. "De Vigilancia de las Compañías", se establecía:

" El departamento de seguros además de las atribuciones y obligaciones especiales que el reglamento de labores de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público le confiera, tendrá las siguientes:

- I. Estudiar los negocios oficiales referentes a seguros y dar opinión al Secretario de Hacienda acerca de ellos;*
- II. Ejercer la vigilancia sobre las compañías respectivas a fin de que su explotación se haga de acuerdo con las prescripciones legales;*
- III. Iniciar todo lo que tienda a hacer más eficaz la vigilancia del gobierno sobre las compañías de seguros y garantizar los intereses del público;*
- IV. Acopiar datos para la formación de la tabla mexicana de mortalidad y sus rectificaciones periódicas;*
- V. Proponer la forma en que deban rendir y publicar las compañías sus informes anuales, cada vez que por disposición de la Secretaría de Hacienda se altere la fijada;*
- VI. Llevar un registro en que consten las condiciones de cada compañía u oficina que visite;*
- VII. Informar anualmente al Secretario de Hacienda acerca de las operaciones y estado de las compañías de seguros que operan en el país, incluyendo las que hayan sido declaradas en estado de quiebra, y sobre cualquier otra clase de datos que muestren los procedimientos del departamento de seguros, las condiciones de negocios de seguros en México;*
- VIII. Proponer la aprobación o reforma de los proyectos de pólizas, tarifas de primas y prospectos de las compañías;*
- IX. Vigilar la recaudación del impuesto que grava las operaciones de seguros;*

- X. *Comprobar que el capital social, o el de fundación en su caso, de las compañías ha sido exhibido e invertido conforme a la ley;*
- XI. *Comparecer cuando proceda, en el otorgamiento de las escrituras de venta, cancelación de hipotecas, arrendamiento por mas de veinte años de bienes afectos a las reservas para manifestar su conformidad;*
- XII. *Comprobar la exactitud y legalidad en la inversión de las reservas de las compañías y exigir el informe anual que estas últimas deben rendir;*
- XIII. *Registrar en un libro especial las autorizaciones que conceda esta Secretaría a las compañías;*
- XIV. *Opinar verbalmente o por escrito acerca de las consultas que le hagan las compañías o los particulares sobre asuntos de seguros.*

Artículo 37. El departamento de seguros se compondrá de un jefe, un actuario de seguros y los inspectores y demás empleados que señale el Presupuesto de Egresos.

Artículo 38. Ningún empleado del Departamento de seguros podrá ser accionista o deudor de una compañía de seguros, ni recibirá emolumento de ella.

Artículo 39. El jefe del departamento será el inspector general de seguros y el encargado directo de ejercer las atribuciones que este reglamento y el de las labores de la Secretaría de Hacienda conceda al propio departamento, quedando al último reglamento citado el fijar los deberes y atribuciones a los demás empleados.

Artículo 40. La personalidad del empleado que efectúe las visitas a las compañías, deberá justificarse por medio de la exhibición del oficio del Secretario de Hacienda en que se disponga que se verifique la visita y en el cual determinará el objeto de la misma.

Artículo 41. El visitador hará constar el resultado de la visita en un acta que se insertará en el libro especial, que para este efecto habrá de tener cada compañía y de la cual se mandará copia a la Secretaría de Hacienda.

El 25 de mayo de 1926 se promulgó la primera ley relacionada con todo tipo de seguro, denominada "Ley General de Sociedades de Seguros". En el capítulo que se refiere al departamento de seguros, se reafirma el principio de su dependencia de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, para ampliar algunas de las funciones de dicho departamento, mencionare que en el artículo 52 de dicha ley se establecía: "realizar visitas trienales a las compañías, se tomará como base el último informe anual presentado a la Secretaría y se comprobará el importe de las primas recibidas, el de las reservas técnicas, reservas para dividendos por repartir y reserva de previsión". En el reglamento de dicha legislación se prevé la integración mínima de este departamento con un jefe, un actuario de seguros, un abogado auxiliar, secciones técnicas, servicios de inspección y los demás empleados necesarios.

Destacan también ciertas atribuciones reguladas en el artículo 51 donde se faculta al departamento para "ejercer los buenos oficios para el arreglo de dificultades que surjan entre las compañías cuando hayan violado los preceptos de la ley, además de intervenir en la disolución y liquidación de las compañías y en las juntas arbitrales de acuerdo con la ley".

El Departamento Especial de Seguros, operó hasta 1935 dependiendo de la Secretaría de Hacienda y también de la de Industria, Comercio y Trabajo, por lo que a partir de 1935 a 1946, la relación Secretaría de Hacienda y Crédito y compañías de seguros fue directa.

El 31 de agosto de 1935 se publica la "Ley General de Instituciones de Seguros", promulgada por el Presidente Constitucional de los Estados Unidos

Mexicanos, General Lázaro Cárdenas del Río; en dicha ley, en el capítulo II. "De vigilancia e inspección de las instituciones de seguros, de sus sucursales y agencias, quedará confiada a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público". Por otra parte en su artículo 118 disponía que "en cumplimiento de la función de vigilancia que la ley confiere a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, ésta proveerá en los términos de esta ley y demás relativas, al eficaz cumplimiento de sus preceptos, intervendrá en los arqueos, cortes de caja y demás comprobantes o verificaciones de contabilidad de las instituciones sometidas a su inspección".

Además se mencionan otras funciones que hablaban de un estricto control sobre la actividad aseguradora, ejercida sobre las instituciones de seguros que operaban en el país.

Así encontramos que actualmente, el control estatal de la actividad aseguradora en México, se lleva a cabo por conducto de un órgano de control y regulación y otro de inspección y vigilancia de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, así como de las demás personas y empresas previstas por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el primero denominado Dirección General de Seguros y Valores de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el segundo denominado Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Este control de la actividad aseguradora se encuentra plasmada en los diversos artículos que conforman la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de los cuales mencionaré alguno de ellos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 2° del citado ordenamiento legal, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, será el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos lo relacionado con los preceptos de esta ley y en general para todo cuanto se refiere a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros. Para estos efectos, podrá

solicitar cuando así lo estime conveniente, la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, del Banco de México o de algún otro organismo o dependencia en razón de la naturaleza de los casos que lo ameriten.

Competerá exclusivamente a la mencionada Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la adopción de todas las medidas relacionadas a la creación y al funcionamiento de las instituciones nacionales de seguros.

Como ejemplo del control que ejerce el Gobierno Federal en materia de seguros podemos hacer mención del contenido de los artículos 5° y 6° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros los cuales establecen:

“Artículo 5°. Para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros se requiere autorización del Gobierno Federal, que compete otorgar discrecionalmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 6°. El Gobierno Federal por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, podrá otorgar discrecionalmente autorización para que las instituciones de seguros realicen operaciones de reafianzamiento”.

Se ha expuesto, que la primera manifestación de la intervención estatal en el desarrollo de la actividad aseguradora estriba en que para ejercerla se requiere de autorización del gobierno federal, la cual tiene carácter discrecional y para obtenerla entre otros requerimientos, es necesario presentar ante la Secretaría de Hacienda y Crédito público el proyecto de escritura constitutiva o contrato social con sujeción a las disposiciones de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y a la Ley General de Sociedades Mercantiles; el plan de actividades; un depósito del 10% del capital mínimo con que debe de operar; la plantilla de los consejeros y altos funcionarios de la empresa, cuyos nombramientos deben ser aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Por lo que respecta a la regulación de la solvencia, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros contempla dos aspectos primordiales para la protección de los asegurados; la constitución e inversión de las reservas técnicas y el mantenimiento de los requerimientos de capitalización.

Para cumplir con sus compromisos con los asegurados, las instituciones de seguros deben constituir adecuadamente sus reservas técnicas; la reserva de riesgos en curso, cuyo objetivo es cubrir los riesgos vigentes de las aseguradoras; la reserva para obligaciones pendientes de cumplir, que tiene por objeto cubrir los pagos pendientes de cobro; y la reserva de previsión, cuyo objetivo consiste en funcionar como un fondo para afrontar desviaciones extraordinarias en la siniestralidad.

La manera en que las instituciones invierten estas reservas es primordial para determinar la solvencia de dichas instituciones y con esto su capacidad para afrontar sus compromisos con los asegurados. Las empresas pueden presentar problemas de liquidez si las reservas técnicas no están adecuadamente determinadas y constituidas, o si están intervenidas en activos cuya realización sea difícil al momento en que deban afrontar sus compromisos por la ocurrencia de siniestros.

Dichas inversiones respaldan a las responsabilidades contraídas por las instituciones en base a los contratos celebrados, y las instituciones no pueden disponer de ellas, total o parcialmente, sino para cumplir las obligaciones asumidas y las que resulten por sentencia ejecutoria de los Tribunales de la República o por laudo de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a favor de los asegurados o beneficiarios, de acuerdo con la ley. Los bienes en que se efectúen las inversiones son inembargables, situación que protege los intereses de los asegurados, en la medida en que los montos de tales reservas no puedan ser utilizados más que para efectuar pagos a dichos asegurados.

El segundo punto primordial que contempla la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en cuanto a la regulación de la solvencia consiste en el mantenimiento por parte de las instituciones de seguros de los requerimientos de capitalización. A este respecto, las instituciones de seguros deben contar con un capital mínimo pagado por cada operación o ramo autorizado, mismo que determina la Secretaría de Hacienda y Crédito Público durante el primer trimestre de cada año.

Por otra parte, también resulta importante cuidar, en protección de los asegurados, que los productos ofrecidos por las instituciones de seguros cuenten con el debido sustento técnico. Con ello, se pretende elevar el grado de certidumbre, en el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan las compañías con los asegurados. La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, exige a las instituciones de seguros sustentar cada una de sus coberturas, planes y primas de riesgo en una nota técnica, de acuerdo a la operación o ramo de que se trate. Además, se exige que las compañías comprueben técnicamente que el cálculo para determinar dicha prima se hizo de manera justa, de tal forma que será suficiente para responder al asegurado, detallando las bases para el cálculo de las reservas deducibles, así como de cualquier otro elemento de importancia. El registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de la nota técnica beneficia y protege al asegurado, ya que supervisa que la institución dispondrá de recursos suficientes para cumplir con el asegurado.

Dado que en la relación contractual del seguro, normalmente existe una parte que no interviene en la configuración del clausulado del contrato, sino que solo tiene la posibilidad de tomarlo o dejarlo conforme al esquema que le es presentado por el asegurador, el legislador ha dispuesto un mecanismo de supervisión de los contratos de seguros cuyo contenido no es producto de una negociación con el tomador del seguro, sino resultado de la elaboración

unilateral de la empresa de seguros, esto es, de los denominados contratos de adhesión.

La revisión de los formularios de estos contratos a cargo de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas tiene por objeto constatar que no contiene estipulaciones contrarias a las disposiciones legales aplicables y que no establecen obligaciones o condiciones inequitativas o lesivas para los contratantes asegurados o beneficiarios. Asimismo, su revisión tiene por objeto cerciorarse de que en la documentación contractual se indique de manera clara y precisa el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias, deducibles o cualquier otra modalidad incluida en las coberturas, planes de seguro, así como los derechos y obligaciones de los contratantes asegurados o beneficiarios. Un aspecto más que es objeto de vigilancia consiste en constatar la congruencia de los términos del contrato con la nota técnica en que se sustente el plan de seguro respectivo.

El mecanismo de supervisión de contratos de adhesión se instrumenta a través de un registro previo al uso de la documentación. La inobservancia del requisito del registro por parte de la empresa de seguros, tiene efecto en relación contractual creada con base en un documento no registrado, pues la ley establece que el contrato de adhesión o cláusula incorporada al mismo no registrados, son anulables, con la circunstancia de que la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la institución de seguros y nunca por ésta en contra de aquellos.

CAPITULO II. EL SEGURO DE VIDA.

2.1. Concepto.

El Seguro de Vida ha alcanzado hoy en día tal aceptación general, que son pocos los que no tienen algún conocimiento de la Institución y sus contratos; todos lo reconocen como un plan que lleva a cabo su propósito por medio del cobro de sumas comparativamente pequeñas a gran número de personas, acumulando estas sumas, e invirtiéndolas de manera que el importe establecido en el contrato será pagadero en la fecha y a la persona designada. Aunque todo esto es correcto, resulta útil en este punto destacar más cuidadosamente el concepto del seguro haciendo referencia particular al aseguramiento de vidas.

Contrato, del latín *contractus*, derivado a su vez del verbo *contahere*, reunir, lograr, concertar, es una acto jurídico bilateral que se constituye por el acuerdo de voluntades de dos o más personas y que produce ciertas consecuencias jurídicas (creación o transmisión de derechos y obligaciones) debido al reconocimiento de una norma de derecho.⁶

Por lo que corresponde al concepto de contrato de seguro, diversos tratadistas han establecido nociones acerca de lo que entienden por contrato de seguro, así encontramos que el tratadista italiano, Brunetti, considera que: " El contrato de seguro es el contrato bilateral, autónomo, a título oneroso, por el que una sociedad de seguros, debidamente autorizada para el ejercicio de una empresa, asume, contra el precio de una prima, el riesgo de proporcionar al asegurado una prestación determinada, en capital o renta, para el caso de que en el futuro se produzca un evento determinado contemplado en el contrato."⁷

⁶ Diccionario Jurídico Mexicano del Instituto de Investigaciones Jurídicas, Ed. Porrúa, México 1994, pág 691.

⁷ Enciclopedia Jurídica Omeba, t. XXV, Buenos Aires, Ed. Bibliografía Argentina, pág. 321.

En nuestro país, el contrato de seguro, es mercantil ya que no puede realizarse por nadie que no sea en función de empresa, de conformidad con el artículo 75, fracción XVI del Código de Comercio, que considera actos de comercio a los contratos de seguros de toda especie, siempre que sean hechos por empresas.

Nuestra legislación define y regula al contrato de seguro, de modo principal, en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la cual en su artículo 1°, establece: *" Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato."*, de dicho artículo se desprende el concepto general del seguro, siendo el único que nos da una definición en relación con la Institución del Seguro, en esos términos y considerando el objeto de la presente tesis, daré un concepto específico del Seguro de Vida.

Considerando que el Seguro de Vida, se encarga de proteger a la familia y a los acreedores del seguro y a otros, contra la pérdida pecuniaria resultante de su muerte, y a las características legales y contractuales operantes en nuestro país, resulta aplicable el concepto del seguro de vida, que a continuación señalo:

"Un contrato por medio del cual, el asegurador, por una determinada suma de dinero o prima, proporcionada a la edad, salud, profesión y otras circunstancias de la persona cuya vida se asegura, si tal persona falleciere dentro del período limitado en la póliza, de acuerdo con las condiciones contenidas en ella, a la persona a cuyo favor dicha póliza es otorgada."

El concepto antes mencionado, es el que define mas clara y precisamente la Institución en mención, nuestro país, ya que podemos encontrar diferencia con otros países, en donde su concepto tiene diferentes características, como en el caso concreto de Estado Unidos de América, en donde se define como: " El

seguro es un contrato por el cual una parte, en consideración a un precio adecuado al riesgo que se le paga, lo convierte en la seguridad para la otra parte, de que no sufrirá pérdida, daño o perjuicio por la ocurrencia de peligros específicos relativos a determinadas cosas que pueden exponerse a ellos”, y en otra definición en donde reconocen tanto su finalidad como los medios para su realización, la definen: “Instrumento social para realizar acumulaciones que cubran las pérdidas inciertas de capital, lo cual se lleva a cabo mediante la transferencia de los riesgos de muchos individuos a una persona o a un grupo de personas; dondequiera que exista acumulación para pérdidas incierta, o dondequiera que exista una transferencia de riesgo, existirá un elemento de seguro; sólo donde éstos se unen con una combinación de riesgos en un grupo, es que el seguro se contempla.”⁸

2.2. Clases de seguros de vida

Podemos clasificar al seguro de vida, de diferentes maneras, considerando las modalidades de dicho seguro, tenemos:

- a) Seguro en caso de vida, en este grupo la obligación de la aseguradora se subordina a la sobrevivencia del asegurado a cierta fecha, y en consecuencia, el beneficiario percibirá el capital si el asegurado vive en una fecha determinada.
- b) Seguro en caso de muerte, en este seguro, el asegurador debe cumplir su prestación a la muerte del asegurado y en consecuencia el beneficiario recibirá el capital estipulado cuando se produzca el fallecimiento del asegurado.

El Licenciado Joaquín Rodríguez Rodríguez, realiza su clasificación desde el punto de vista de la práctica mexicana a los seguros de vida en:

⁸ A. H. Willet, *The economic Theory of Risk and Insurance*, Vol. XIV, pág. 388.

1). Seguros comunes de vida. Dentro de este grupo se comprenden aquellos seguros cuyas cláusulas y condiciones deben reputarse usuales, distinguiendo tres subgrupos:

- a) seguro ordinario de vida. El más corriente y barato, porque su flexibilidad y múltiples combinaciones se adapta a las necesidades de la inmensa mayoría de las personas que buscan en el seguro una protección para sus familiares;
- b) Seguros dotales. En el seguro dotal, la compañía aseguradora paga la indemnización convenida si la muerte del asegurado ocurre durante un cierto periodo, llamado dotal o, si no muere, al cumplirse un plazo previamente convenido. Por ejemplo, un seguro dotal a quince años, de \$20, 000.00 supone que durante esos quince años debe efectuarse el pago de la prima convenida; si el asegurado muere antes de que pasen esos quince años, se pagará la suma convenida, pero si no muere, se le pagará la suma en cuestión al cumplirse esos quince años.

En esencia el seguro dotal es una combinación del seguro temporal para caso de muerte y de seguro para caso de vida.

- c) Seguros temporales. En ellos, el asegurador paga la indemnización si la muerte del asegurado ocurre dentro de un cierto plazo: un año, dos, tres, etcétera o hasta cierta edad.

2). Seguros de renta. Esta en su diferentes modalidades, suponen que al producirse el riesgo en la vida del asegurado, el asegurador pagará periódicamente una pensión en los plazos convenidos.⁹

También podemos clasificar al seguro de vida, considerando los tipos de planes de dicho seguro, los cuales se caracterizan por:

- a) La constitución de reservas matemáticas con base en primas constantes y riesgos variables en el tiempo;

⁹ Rodríguez Rodríguez, Joaquín, Derecho Mercantil, Ed. Porrúa, t. II. Pág. 139.

- b) En atención a las necesidades de cada familia, y
- c) Por el período en que se desea estar protegido, siendo:
1. Seguro Temporal. Es el que otorga protección por un plazo determinado; 1, 5, 10, 20, 25 años o al cumplir 60 o 65 años de vida. Este tipo de seguro es útil para cubrir ciertas necesidades con duración determinada, tales como hipotecas, adeudos y la educación de los hijos, entre otros.
 2. Seguro Vitalicio. Conocido también como permanente, de vida entera u ordinario de vida, el cual ofrece protección durante toda la vida, del asegurado. Este seguro es muy útil para cubrir necesidades permanentes de la familia y permite a ésta conservar el nivel de vida acostumbrado. El seguro vitalicio se pagará a los beneficiarios en el momento en el cual ocurra el fallecimiento del asegurado.
 3. Seguro dotal. Es un plan que ofrece protección y ahorro. Se pagará la suma asegurada en caso de muerte del asegurado dentro del período contratado y en caso de la sobrevivencia del asegurado al final de dicho periodo. El seguro dotal, si bien es el más caro de los planes básico, satisface tanto necesidades temporales como permanentes, en el caso de fallecimiento o retiro por vejez del asegurado. El periodo de contratación de este plan puede ser de 10, 15, 20, 25 años o al cumplir 60 o 65 años de edad.
 4. Vida Universal. Es un plan que combina protección por medio del seguro de vida y capitalización a través de un fondo de inversión. Los pagos que periódicamente hace el asegurado, se aplican al pago de la prima del seguro por una parte y por la otra, a la formación de un fondo de ahorro. De esta manera, además de contar con un seguro de vida, el asegurado podrá disfrutar de un capital en el futuro.

A estos tipos de planes se pueden adicionar las siguientes coberturas o beneficios :

1). En caso de invalidez total y permanente:

- La exención de pago de primas, que permite mantener en vigor la póliza sin más gastos de primas;
- Pago de la suma asegurada en una sola exhibición o en forma de renta vitalicia.

2). En caso de accidente:

- Si el asegurado fallece se pagará la suma asegurada a los beneficiarios y el doble de dicha suma cuando la muerte resulte como consecuencia de un accidente colectivo. Los accidentes amparados se definen en las condiciones generales de la póliza;
- Se pagará al propio asegurado la indemnización correspondientes, cuando a consecuencia de un accidente sufra la pérdida de algún ojo o miembro del cuerpo.

También existen otros tipos de seguro, los cuales además de incluir la protección contra los riesgos de muerte y sobrevivencia, un fondo de inversión de dividendos, según sea el caso.

1. Seguro de Inversión. Este consiste en la protección de alguno de los seguros por fallecimiento anteriormente mencionados, combinada con un fondo de inversión que la compañía de seguros maneja por medio de un fideicomiso, a través de una institución fiduciaria autorizada.
2. Seguro Flexible. Es aquél que combina una cobertura de seguro por fallecimiento con un fondo de dividendos, el cual es administrado por la propia compañía de seguros. La vigencia de

este seguro es variable y está sujeta a la suficiencia de la reserva matemática.¹⁰

Por último, señalo la clasificación del seguro de vida, atendiendo al número de asegurados, estos se clasifican en:

1. Seguro individual. Existe un solo asegurado.
2. Seguro colectivo o de grupo. Se caracteriza por cubrir una colectividad homogénea, como pueden ser los empleados de una empresa.
3. Seguro de grupo o empresa. Se caracteriza porque el asegurado se obliga por la muerte o la duración de la vida de una persona determinada, en razón simplemente de pertenecer al mismo grupo o empresa mediante el pago de primas periódicas, sin examen médico obligatorio.

2.3. Elementos Personales

2.3.1. La compañía aseguradora.

Se ha definido como la persona que, mediante la formalización de un contrato de seguros, asume las consecuencias dañosas producidas por la realización del evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, asumiendo en nuestro país la forma de sociedad anónima o sociedad mutualista.¹¹

¹⁰ Revista Mexicana de Seguros y Fianzas, año 49, núm. 566, mayo de 1997, pág. 43.

¹¹ Curso de Introducción al Seguro, op. Cit.

Su actividad se encuentra orientada a la práctica de seguro, los términos empresa de seguros e instituciones de seguros son sinónimos, ya que la actividad aseguradora, en la práctica y en la totalidad de los países, sólo puede ser llevada a cabo por personas jurídicas y mediante alguna de las formas de sociedad que reconocen como válidas las respectivas legislaciones.

Por su importancia, la Ley General de instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros establece en su Título Primero, cuatro capítulos referentes a la organización, funcionamiento y disposiciones generales de las instituciones de seguros, así como de las reaseguradoras. Dicha ley en su artículo 5° establece: *"Para organizarse y funcionar como institución o sociedad mutualista de seguros se requiere autorización del Gobierno Federal, que compete otorgar discrecionalmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público."*

Conforme al artículo 34 de la referida Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, las instituciones de seguros sólo podrán realizar las operaciones siguientes:

- I. Practicar las operaciones de seguros, reaseguro y reafianzamiento a que se refiere la autorización que exige esta ley;*
- II. Constituir e invertir las reservas previstas en la ley;*
- III. Administrar las sumas que por concepto de dividendos o indemnizaciones les confien los asegurados o sus beneficiarios;*
- III Bis. Administrar las reservas correspondientes a contratos de seguros que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro de personas a que se refiere el segundo párrafo de la fracción I del artículo 8° de esta ley;*

- IV. *Actuar como institución fiduciaria en el caso de fideicomisos de administración en que se afecten recursos relacionados con el pago de primas por los contratos de seguros que se celebren, así como cuando se trate de fideicomisos privados complementarios de seguros obligatorios a que se refiere el artículo 52 Bis-2 de esta ley, como excepción a lo dispuesto en el artículo 350 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.*

Las instituciones de seguros autorizados para practicar operaciones de vida, también podrán ser fiduciarías en el caso de fideicomisos en que se afecten recursos relacionados con primas de antigüedad, fondos individuales de pensiones, rentas vitalicias, dividendos y sumas aseguradas, o con la administración de reservas para fondos de pensiones o jubilaciones del personal, complementarias a las que establecen las leyes sobre la seguridad social y de primas de antigüedad.

La administración de dichas operaciones se realizará a través de contratos de fideicomiso, en los términos que para las instituciones de crédito señalan los artículos 79 y 80 de la Ley de Instituciones de Crédito;

- V. *Administrar las reservas retenidas a instituciones del país y del extranjero, correspondientes a las operaciones de reaseguro y reafianzamiento;*
- VI. *Dar en administración a las instituciones cedentes, del país o del extranjero, las reservas constituidas por primas retenidas correspondientes a operaciones de reaseguro o reafianzamiento;*

- VII. *Efectuar inversiones en el extranjero por las reservas técnicas o en cumplimiento de otros requisitos necesarios, correspondientes a operaciones practicadas fuera del país;*
- VIII. *Constituir depósitos en instituciones de crédito y en bancos del extranjero en los términos de esta ley;*
- IX. *Recibir títulos en descuento y redescuento a instituciones y organizaciones auxiliares del crédito y a fondos permanentes de fomento económico destinados en fideicomiso por el Gobierno Federal en instituciones de crédito;*
- X. *Otorgar préstamos o créditos;*
- X Bis. *Emitir obligaciones subordinadas, las cuales podrán ser no susceptibles de convertirse en acciones, o de inversión obligatoria en acciones, así como emitir otros títulos de crédito, en los términos previstos en las fracciones XIII Bis y XIII Bis-1 del artículo 35 de esta ley;*
- XI. *Operar con valores en los términos de las disposiciones de la presente Ley y de la Ley del Mercado de Valores;*
- XI Bis. *Proporcionar de manera directa, a las sociedades de inversión servicios de distribución de acciones, en los términos de la Ley de Sociedades de Inversión;*
- XII. *Operar con documentos mercantiles por cuenta propia, para la realización de su objeto social;*
- XIII. *Adquirir, construir y administrar viviendas de interés social e inmuebles urbanos de productos regulares;*
- XIV. *Adquirir los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de su objeto social;*
- XIV Bis. *Intervenir en el capital de las administradoras de fondos para el retiro y en el de las sociedades de inversión*

especializadas de fondos para el retiro, en los términos de la legislación aplicable;

XV. Actuar como comisionistas con representación de empresas extranjeras para efecto de lo previsto en los incisos 1) y 2) de la fracción III del artículo 3° de esta ley; y

XVI. Efectuar en los términos que señale la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, las operaciones análogas y conexas que autorice.”

Son derechos del asegurador, entre otros los siguientes:

- 1). Rescindir el contrato, cuando el asegurado agrave circunstancias esenciales del riesgo, aunque prácticamente no lo modifiquen (artículo 63 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).
- 2). Rescindir el contrato, en caso de cambio de dueño de la cosa asegurada (artículo 107 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).
- 3). Reducir la prestación debida, en caso de que no se le notifique oportunamente la ocurrencia del siniestro (artículos 66 y 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).
- 4). Adquirir los efectos salvados del siniestro, mediante el pago al asegurado (artículo 116 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).
- 5). Elegir como forma de cumplir con su obligación principal, entre el pago, la reposición o la reparación de la cosa asegurada (artículo 116 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).
- 6). La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir al asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo (artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Son obligaciones del asegurador, entre otras las siguientes:

1). El pago de la indemnización en los términos previstos en el contrato. Es la principal obligación del asegurador, motivada por la ocurrencia de un siniestro indemnizable, notificado por el asegurado y determinada por la tasación de los daños producidos por el siniestro en caso de ser procedente el mismo.

En caso contrario tendrá la obligación de notificar al asegurado el rechazo del mismo con base en las normas de la póliza.

2). Entregar al contratante del seguro una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes en los términos del artículo 20 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

3). La empresa aseguradora tendrá la obligación de expedir, a solicitud y costa del asegurado, copia o duplicado de la póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta (artículo 23 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

4). Para que puedan surtir efectos probatorios contra el asegurado, será indispensable que estén escritos o impresos en caracteres fácilmente legibles, tanto la póliza como los documentos que contengan cláusulas adicionales de la misma (artículo 24 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

5). La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado la rescisión del contrato, dentro de los quince días siguientes a la fecha en que el mismo asegurador conozca la omisión o inexacta declaración (artículo 48 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

6). Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que se comunique su resolución al asegurado (artículo 56 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

7). En caso del artículo 63, la empresa aseguradora deberá notificar la rescisión dentro de quince días contados desde la fecha en que conozca del cambio de circunstancias (artículo 64 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

8). La empresa aseguradora quedará deslindada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro (artículo 68 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

9). Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

10). El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permita conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio (artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

11). En todo caso en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la república para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquier otro efecto legal.

Si la empresa no cumpliere con la obligación de que se trata en el artículo 72 de la Ley Sobre el contrato de Seguro, no podrá hacer uso de los derechos que el contrato o esta ley, establezcan para el caso de la falta o de aviso tardío.

12). En ningún caso quedará obligada la empresa, si probare que el siniestro se causó por dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes (artículo 77 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

13). La empresa aseguradora responderá del siniestro aún cuando éste haya sido causado por culpa del asegurado, y sólo se admitirá en el contrato la cláusula que libere a la empresa en caso de culpa grave (artículo 78 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

14). La empresa responderá de las pérdidas y daños causados por las personas respecto a las cuales es civilmente responsable el asegurado; pero se admitirá en el contrato la cláusula de que trata el artículo 78 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (artículo 79 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

15). Por lo que se refiere al contrato de seguro sobre las personas, si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el asegurado presenta a la empresa pruebas fehacientes de su edad, la institución anotará en la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del asegurado (artículo 162 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

16). El seguro temporal, cuya duración sea inferior a diez años, no obligará a la empresa conceder valores garantizados para el caso de muerte (artículo 184 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

17). La empresa aseguradora, estará obligada aún en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática (artículo 186 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

2.3.2. El contratante

Persona física o moral que suscribe con una compañía aseguradora un contrato de seguro. Generalmente coincide con la persona del asegurado.

También se ha definido como la persona que contrata el seguro con la entidad aseguradora, comprometiéndose entre otras obligaciones, al pago de las primas estipuladas.¹²

Son obligaciones del contratante:

Proceder de buen fe al declarar y describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, así como la fijación real de su valor económico a fin de que la aseguradora tenga la más amplia y completa información que le permita decidir sobre su aceptación o denegación, toda vez, que de no hacerlo así caería en inexactitud en las declaraciones que se han definido, como la ocultación de mala fe o dolosa efectuada por el asegurado al exponer la naturaleza o características de los riesgos que le sean cubiertos;

De conformidad con el artículo 8° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales

¹² Curso de Introducción al Seguro, op. Cit.

como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y representado (artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sea o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario representado (artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículo 8º, 9º y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho al contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

El contenido específico de la declaración, consiste en la comunicación de todas las circunstancias que según el uso no se reputan conocidas por el asegurador. Por esto, del lado positivo, las declaraciones deben ser rigurosamente conformes a la verdad; del lado negativo, no deben contener omisiones (de circunstancias no conocidas de manera cierta por el asegurador), que puedan influir sobre la apreciación del riesgo.

Las circunstancias deben ser importantes para la asunción del riesgo o para que el asegurador juzgue el riesgo a asumir. Es importante toda circunstancia que influye en la celebración del contrato o para fijar sus condiciones; pero no lo son las que determinarán disminuciones a favor del asegurado.

No deben informarse sino las circunstancias particulares del riesgo, y no las generales que afectan a todos o muchos, que deben considerarse conocidas por el asegurador, por su experiencia. El asegurado está obligado a informar, sea que contrate por cuenta propia o ajena, sólo o con otros, sea personalmente o por medio de representante legal o convencional, en la medida de su conocimiento. No cabe exigirle que informe las circunstancias olvidadas o no conocidas, pero sí imputarle dolo en su falta de conocimiento.

Si el contrato se celebra por medio de representante o de un tercero sin mandato, también debe considerarse el conocimiento de éstos, incluso el deber de conocer. Cuando el contrato se celebra por cuenta ajena, el conocimiento del asegurado influye en su validez, salvo cuando éste ignora la celebración.

El momento decisivo para establecer el conocimiento por el asegurado, es el comienzo formal del seguro, o cuando se sepa, aún después de formulada la oferta. El conocimiento posterior al comienzo formal puede ser importante para cumplir el deber de informar la modificación del riesgo. Las circunstancias sobrevinientes a la oferta, deben ser comunicadas sin demora, conforme a los medios disponibles.

El contratante del seguro estará obligado a pagar la prima en su domicilio, sino hay estipulación en contrario (artículo 31 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Concluyo señalando que "el contratante del seguro", tiene como característica esencial, la obligación de pagar la prima.

2.3.3. El Asegurado

En sentido restringido, es la persona cuyas características individuales recaen sobre la cobertura del seguro, como es en el caso del ramo de vida, en donde el asegurado es la persona cuya vida es garantizada. Ahora bien, en el sentido amplio es el que suscribe la póliza de la compañía aseguradora, comprometiéndose al pago de las primas estipuladas y teniendo derecho al cobro de las indemnizaciones que corresponden con motivo del siniestro.¹³

El asegurado, cuyas características personales originan o pueden motivar el pago de la indemnización, se encuentra obligado a informar las circunstancias particulares del riesgo, en medida de su conocimiento, así encontramos diversas obligaciones, por ejemplo: el tratadista Luis Ruiz Rueda, ha establecido que el legislador de todos los países, ha establecido a cargo del asegurado la obligación antes mencionada, sujeta a las siguientes reglas:

- a). El asegurado está obligado a declarar los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas;
- b). Esta obligación se limita a aquellos que conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato, y
- c). La información debe hacerse por escrito de acuerdo con el cuestionario que el asegurador formule.

Para el tratadista argentino Isaac Halperin, la falta declaración o retinencia puede darse cuando se declaran circunstancias importantes, y que se callan por juzgarlas carentes de importancia, o se declara cuando se cree ser la verdad, o cuando media negligencia para conocer o para llevar el dato a conocimiento del asegurador.

¹³ Manual Teórico Práctico de Seguros, Martínez Gil José de Jesús, Ed. Porrúa, México 1998, pág. 48

Agrega que la violación no culposa del deber de informar existe cuando la circunstancia callada era desconocida por el informante, o cuando tienen derecho a considerarla no importante o cuando se produce por un tercero por cuya conducta no responde. Existe violación sancionada por la ley, cuando se comete intencionalmente o por negligencia, o por error, cualquiera que sea el motivo.¹⁴

La carga de la prueba de la existencia de la falsedad de declaración, incumbe a la aseguradora. Debe acreditar que tal circunstancia omitida o inexactamente declarada existía al tiempo de la celebración del contrato y el momento en que conoció el verdadero estado de las cosas. Se juzgará con los elementos existentes a la fecha del contrato y si se pactó que el cuestionario formara parte integrante de la póliza, las falsas declaraciones sólo pueden probarse exhibiéndolo y mediante la prueba o dictamen pericial médica correspondiente, la cual se avocará conforme a las peculiaridades del caso, sobre todas las manifestaciones impugnadas del asegurado, y no sólo respecto de una parte de ellas.

El asegurado debe probar su falta de culpa o dolo, o que comunicó el hecho a la aseguradora, o que ésta lo conocía.

La aseguradora renuncia o pierde el derecho de alegar la renuencia o falsa declaración cuando:

- a) Acepta las respuestas incompletas;
- b) Después de conocer las circunstancias omitidas o falseadas, percibe nuevas primas o paga las indemnizaciones, o en general ejecuta sus obligaciones;
- c) Emite pólizas conociendo plenamente los hechos.

¹⁴ El Contrato de Seguro, Halperin Isaac, Buenos Aires 1946, pág. 106.

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no lo remitan en tiempo la documentación que le sea solicitada por la misma empresa relacionada con el siniestro y por las cuales puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Las sanciones establecidas para el caso de que el asegurado o sus causahabientes dejen de cumplir con alguna de sus obligaciones, no serán aplicables si en el incumplimiento no existió culpa de su parte. (Artículo 75 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

2.3.4. El Beneficiario

Es la persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.¹⁵

Este beneficiario juega un papel muy importante en los seguros sobre las personas, teniendo que el beneficiario no es parte contratante del seguro, sino que es un tercero; su designación queda a la libre voluntad del asegurado, constituye una orden para la compañía aseguradora, en esta designación la aseguradora no tiene por qué oponerse. Lo que si le es permitido, es que puede hacerle notar al asegurado, que la redacción por él propuesta, por no ser clara y precisa, puede dar lugar a complicaciones para el pago de la indemnización. En este caso la compañía podrá, si así lo desea el asegurado, redactar adecuadamente la designación de beneficiario y una vez aprobada,

¹⁵ Curso de Introducción al Seguro. Op. Cit.

será la que aparezca como definitiva en la póliza, es decir, mientras el asegurado no dé su aprobación a la proposición de la redacción de la cláusula beneficiaria efectuada por la compañía aseguradora, será válida la designación inicialmente hecha por el asegurado. Lo anterior es en virtud de que el fin de la designación de un beneficiario es que éste reciba sin contratiempo alguno y a la mayor brevedad posible, los beneficios que establece el contrato de seguro. Por su parte lo que hace la compañía aseguradora en el fondo, no es oponerse a la voluntad del asegurado, sino prestar un mejor servicio de orientación o asesoramiento.

Es cierto que en pocas ocasiones la designación del beneficiario es confusa o contradictoria, por lo que habrá necesidad de interpretar el espíritu o intención del asegurado. En estos casos, tendrá que acudir a datos o hechos colaterales a la designación. El Código Civil Federal, en sus artículos 1851 al 1857 sobre las reglas de interpretación de los contratos, se refiere a que si las palabras parecieren contrarias a la intención evidente de los contratantes, prevalecerá ésta sobre aquéllas.

Los artículos 20 y 153 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, establecen los requisitos que debe tener una póliza de seguro y de ahí se desprende, en cuanto a la designación de beneficiarios, que estos pueden ser determinados o indeterminados. Es conveniente, insistir en que la designación del beneficiario es un acto unilateral del tomador, que no está sujeta a la conformidad del asegurador. Su designación no da derecho alguno al beneficiario, sino hasta que se suscita el siniestro; siendo por lo tanto, un derecho imperfecto o secundario el que tiene, ya que éste nace hasta el momento en que se realiza la eventualidad prevista en el contrato por lo que el derecho del beneficiario es condicionado.

La designación del beneficiario puede hacerse en el momento de la propuesta, cuando se celebre el contrato, o en un acto posterior a su celebración.

Del contenido del artículo 153 fracción II, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se desprende que puede haber:

- a) Beneficiarios determinados.
- b) Beneficiarios indeterminados.

El beneficiario determinado, es aquél que se expresa en nombre y apellidos o bien denominación o razón social de la sociedad.

La póliza del contrato del 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. Asimismo, tiene como finalidad obtener el beneficio inmediato del capital.

Con el objeto de que quede debidamente claro lo señalado, me permito presentar algunos ejemplos:

1. Cuando el asegurado fallece, los beneficios del seguro le corresponden al beneficiario, el cual tiene un derecho propio, mismo que podrá hacer valer directamente ante la compañía aseguradora.
2. Cuando el beneficiario, expresamente determinado fallece antes o al mismo tiempo que el asegurado, sin que éste haya efectuado un cambio del mismo en la póliza, el seguro pasará a los herederos legales del asegurado y no del beneficiario.
3. Cuando el beneficiario expresamente determinado, fallece después de la muerte del asegurado, 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 asegurado.

4. Cuando el beneficiario, después de la muerte del asegurado, 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.
5. Los llamados beneficiarios determinados de designación sucesiva, que no son otros más que cuando en un contrato se deja como beneficiario a una persona determinada en primer término y se agrega que "falta de", "por muerte de", o "en defecto de", y se designa a otra persona determinada en segundo término; es decir, 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 beneficiario designados en segundo, tercero o cuarto lugar no nace sino con la muerte del beneficiario inmediato anterior.
6. Los llamados beneficiarios determinados complementarios, que 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.
7. Cuando el asegurado designa como beneficiario determinado a una fiduciaria. Esto es con el objeto de que lo administre en los términos previamente expresados en el contrato de fideicomiso que deberá celebrar el asegurado con la fiduciaria.

Este tipo de designación de beneficiarios tiene como finalidad asegurar una obligación alimenticia, o cuando el beneficiario no sea capaz de administrar correcta y adecuadamente sus bienes.

8. Los llamados beneficiarios determinados mixtos, que son aquellos 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 por ejemplo: Designo en primer término a mi esposa la señora Leticia González Díaz, y por muerte de ella, a mis herederos. Como puede apreciarse, en el término herederos pueden entrar muchas personas, lo que hace que su designación sea considerada como beneficiarios indeterminados.

Pasando a los beneficiarios indeterminados, se tiene que en muchas ocasiones el asegurado habla en términos genéricos como pueden ser "mis hijos", "mis hermanos", etc.; en estos casos quedan comprendidos todos los hijos, así como los llamados medios hermanos. Lo mismo sucede cuando se designa a "mi esposa", pues en este caso se entiende a la que legítimamente le sobreviva en tal carácter.

Cuando aparece la designación a "mi esposa", puede presentar varios problemas de tipo legal, y en consecuencia de orden práctico para la compañía aseguradora. En efecto, puede presentarse el caso en que una persona haya contraído matrimonio en dos o más ocasiones sin haberse divorciado previamente. En estos casos la doctrina se encuentra dividida, ya que algunos tratadistas pretenden que debe entenderse como "esposa" o "cónyuge beneficiario" a quien era esposa del asegurado en el momento de contratar el seguro, y otros, en cambio consideran a quien lo es legalmente en el momento del fallecimiento del asegurado. Pero nuestra legislación acepta este último caso. Asimismo, es común que se emplee como beneficiarios los términos "a mis herederos", en estos casos quedan comprendidos los descendientes y ascendientes directos y si no existen ni uno ni otros, se entienden las demás personas con derecho a la sucesión.

En nuestro país se acepta también la designación de beneficiario por medio de testamento (como se desprende del artículo 164 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Igualmente la revocación de beneficiario por el mismo instrumento. Tanto la doctrina como la legislación mexicana, aceptan que el asegurado podrá revocar la designación de beneficiario hecha en un seguro de vida, por medio de testamento, cuando se reúnan los siguientes requisitos:

- a) Cuando la designación de beneficiario que aparece en la póliza no se haya hecho con el carácter de irrevocable.
- b) Que se determine el nombre del beneficiario que se revoca.
- c) Que se especifique el número de póliza, compañía aseguradora, suma asegurada, etc.

La Suprema Corte de Justicia ha considerado que el beneficiario del seguro no es un bien que pertenezca al patrimonio del testador asegurado, ni dicho bien forma parte del caudal hereditario, por lo tanto, si el asegurado después de haber hecho la designación de beneficiario, otorga testamento en el cual instituye a otra persona como única y universal heredera de todos sus bienes presentes y futuros, sólo puede referirse a los bienes y derechos propios al momento de otorgar el testamento y los adquiribles entre ese momento y aquél en que falleciera, pero nunca podrá comprender el del importe del seguro de vida, porque éste no nace sino después de la muerte y por lo tanto no llega a formar parte del patrimonio del asegurado y testador. Sí puede darse el caso de que el beneficiario sea al mismo tiempo heredero, pero pudiera ser también que el heredero no sea el beneficiario y en consecuencia no tendrá derecho a cobrar los beneficios del seguro.

Cuando la designación de beneficiario no tiene el carácter de irrevocable el asegurado deberá comunicarlo a éste y a la compañía aseguradora, lo cual se hará constar en la póliza. Cuando el beneficiario tiene el carácter de

irrevocable, podrá solicitarle al asegurado el cambio de beneficiario, lo cual se hará siempre y cuando obre el consentimiento expreso de éste.

Cuando el asegurado designa como beneficiario a su cónyuge o a sus descendientes, el derecho derivado de la designación de beneficiario y el del asegurado no serán susceptibles de embargo ni de ejecución por concurso o quiebra del asegurado. Esto tiene como finalidad proteger a la familia para que no quede en el desamparo. La irrevocabilidad tiene como finalidad garantizar a una persona que en el momento en que su suscite el riesgo previsto, ésta queda protegida.

Los beneficios que obtiene el beneficiario son independientes del derecho que tienen los herederos. Cuando la misma persona reúna ambas características quedarán fundidas en una sola, pues no impedirá que en su carácter de heredero pueda rechazar la herencia y guardar para sí únicamente los beneficios del seguro.

El artículo 77 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, libera a la compañía de cualquier responsabilidad, cuando el siniestro se causó por dolo o mala fe del beneficiario. Esta liberación, no es sólo ante el beneficiario que causó el daño, sino frente a cualquier otro interesado. No opera tampoco solamente el impedimento personal que contra el beneficiario establece el artículo 185 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, como consecuencia del atentado que realice contra la persona del asegurado, pues ese atentado puede causar el daño o no, pero lo que excluye al beneficiario es el hecho en sí.

El artículo 185 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro dice: *"El beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra la persona del asegurado. Si la muerte de la persona asegurada es causada injustamente por*

quien celebró el contrato, el seguro será ineficaz pero los herederos del asegurado tendrá derecho a la reserva matemática”¹⁶

La disposición anterior es justificada desde el punto de vista moral y legal. Es inmoral pretender hacer daño a otro. Es ilegal que con base en los artículos 7 y 185 de la ley Sobre el Contrato de Seguro y 2370 del Código Civil Federal (referente a que la donación puede ser revocada por ingratitud), así como por el principio de que la mala fe no puede protegerse y mucho menos que de los que de ella se sirven puedan obtener una utilidad o provecho.

Por otra parte, es conveniente hacer notar, que cuando se presentan estos casos en que se pierde el derecho a cobrar los beneficios del seguro, no siempre existe tentativa de fraude o fraude, pues puede presentarse la situación de que habiéndose causado la muerte del asegurado, no se hubiere hecho con tal finalidad, no se hubiere efectuado trámite alguno o gestión ante la compañía aseguradora para cobrar el seguro.

Cuando el beneficiario atenta contra la vida del asegurado, independientemente de que logre éxito o no en el fin perseguido, el hecho en sí es motivo suficiente para que pierda su derecho. No hay que olvidar que lo que sanciona la ley no sólo es el dolo y la mala fe, sino la ingratitud, por tanto no puede considerarse que nace un derecho legítimo cuando es originado por un acto ilícito como es el atentar en contra de la persona del asegurado. Por otra parte, es natural, moral y legal, que si el beneficiario pierde sus derechos no pasan a los beneficiarios sustitutos, sino a los herederos legales del asegurado, quienes sólo tendrán derecho a la reserva matemática si la hubiere.

¹⁶ Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2.4. Conceptos propios del Seguro de Vida.

2.4.1. Indisputabilidad.

La cláusula de indisputabilidad fue originada por las compañías de seguros para crear confianza en las mentes de los asegurados y de los beneficiarios. Se ha considerado la cláusula más importante en la póliza de seguros de vida, ya que es sin duda, una importante y valiosa sección de dicho contrato.

La cláusula de indisputabilidad como requisito legal tiene su punto de partida en la legislación que siguió a la investigación Armstrong, después de la promulgación de la legislación en el Estado de Nueva York, otras jurisdicciones hicieron obligatoria la indisputabilidad. La cláusula de hecho data desde 1879, y su uso fue en desarrollo o resultado de la competencia. Las leyes generalmente no causaron cambios en las prácticas de seguros, sino que más bien hicieron obligatoria una cláusula la cual ya estaban ofreciendo las compañías de seguros.¹⁷

Las finalidad de la cláusula de indisputabilidad fue la de evitar prejuicios contra el negocio del seguro de vida creados por pugnas basadas en tecnicismos y dar una seguridad a las personas dudosas de la utilidad del seguro de que ni ellas ni sus familias, después de transcurrir un tiempo dado, se verán hostigadas por litigios cuando las pruebas existentes de la transacción original han llegado a ser bastantes borrosas, o bien difíciles de retener, o cuando quizá, los labios del que conocía los hechos están sellados por la muerte.

Pronto se reconoció que los beneficiarios nombrados en una póliza no deberían de sufrir los errores hechos inocentemente en la solicitud de seguro. En muchos casos, las injusticias eran consecuencia de pugnas basadas en tergiversaciones u omisiones deliberadamente pretendidas. Años después de

¹⁷ El Seguro de Vida, John H. Magee, Ed. Hispano- Americana, pág. 462.

su emisión, venía a ser casi imposible, refutar las pretensiones hechas para anular una póliza. Incluso si un beneficiario podía probar su caso, los gastos y molestias no dejaban de ser considerables. La cláusula de indisputabilidad estaba basada en la teoría de que después que la compañía ha tenido un tiempo razonable para investigar con amplitud las declaraciones del solicitante, no deberían tener derecho a dudar de la validez del contrato.

Las restricciones con que se emitían las primeras pólizas de seguro de vida, así como los requisitos necesarios para su validez, originaron en el siglo pasado gran número de litigios, en los cuales se controvertía la eficacia jurídica del contrato, su alcance para cubrir tal o cual riesgo determinado. Con referencia a la validez del contrato, solía plantear frecuentes conflictos el consentimiento del emisor, que de acuerdo con las reglas generales de las obligaciones, para ser jurídicamente eficaz no podía fundarse en un error ni ser obtenido por dolo. Para el contrato de seguro, es de mucha importancia que la voluntad del asegurador no esté afectada por alguno de tales vicios, ya que las circunstancias en que se celebran los contratos hacen que, el asegurador no tenga otra fuente de conocimiento sobre las modalidades del riesgo que asume, y del objeto asegurado, de las informaciones que sobre tales extremos suministra su contraparte. De modo que si en las declaraciones de ésta existen inexactitudes o falsedades, el consentimiento del asegurador tiene eficacia suficiente para formar el contrato, en cuanto reposa en un error.

Muchos contratos de seguro de vida fueron declarados nulos, porque con posterioridad a su celebración, vino a descubrirse que las declaraciones del solicitante, deliberadamente o simple descuido o ignorancia, no se ajustaban a la verdad. Y en ello, en ocasiones aunque la circunstancia omitida, o declarada inexactamente, no hubiese tenido influencia sobre la realización del siniestro.

Es natural que la posibilidad de que fuese declarada nula la póliza por un hecho que había pasado inadvertido al solicitante, aunque ajustada

rigurosamente a derecho, y a la técnica de la institución, venía a introducir un elemento de incertidumbre y de temor entre los asegurados de buena fe, con mengua de la difusión del seguro. Por ello a finales del siglo pasado no sólo pudo observarse una tendencia en los tribunales en el sentido de interpretar menos rigurosamente las causas de invalidez del seguro, sino que las propias compañías aseguradoras consideraron que era preferible para sus propios intereses particulares y para el interés del seguro en general, abstenerse de discutir la validez de las pólizas emitidas a solicitud de contratantes de buena fe, aunque existen causas que pudieran invalidarlas jurídicamente y que era conveniente reducir éstas. Es así como muchas compañías, primero probablemente, las que funcionaban en países anglosajones y germánicos, introdujeron en sus pólizas la llamada cláusula de indisputabilidad, en virtud de la cual los aseguradores renunciaban a impugnar la validez de las pólizas que emitían. Dicha cláusula fue pronto adoptada por las pólizas latinas.¹⁸

No obstante la nulidad esencial de la cláusula de indisputabilidad, en la práctica se ha manifestado en muy diversas formas, por ejemplo en las pólizas norteamericanas se emplean, cuatro tipos de cláusulas de indisputabilidad, como son:

- a) Indisputable después de que la póliza haya estado en vigor, viviendo el asegurado, por equis años;
- b) Indisputable después de que la póliza haya estado en vigor durante uno o varios años; pero sin hacer referencia a que ese periodo sea en vida del asegurado;
- c) Indisputable después de uno o varios años;
- d) Indisputable después de un año contado desde la fecha de la emisión a no ser que el asegurado muera durante ese año, en cuyo caso será indisputable de dos años a partir de la fecha de emisión.

¹⁸ La Institución del Seguro en México, Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús, pág. 388.

En ese tenor, podrá citar las cláusulas de indisputabilidad que se usan en distintos países, para observar diferencias, pero me concretaré a señalar que las diversas cláusulas usadas en las pólizas, tanto extranjeras como mexicanas, pueden reducirse a cuatro clases fundamentalmente, que son: Cláusulas de indisputabilidad inmediata y Cláusulas de indisputabilidad diferida; Cláusulas de indisputabilidad absoluta y Cláusulas de indisputabilidad con excepciones.

En las Cláusulas de indisputabilidad diferida, cabe distinguir aquellas en que para que llegue a adquirirse la indisputabilidad es necesario que el asegurado viva durante todo el periodo previo, de aquellas en que se establece un plazo, transcurrido el cual, la póliza se convierte en indisputable, haya o no haya vivido el asegurado durante ese lapso.

En nuestro país actualmente, la redacción de la Cláusula de indisputabilidad en algunas pólizas de seguro de vida, autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, es la siguiente:

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

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

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

En virtud de lo anterior, la compañía aseguradora tiene derecho a confiar en las declaraciones del contratante del seguro sobre las circunstancias que debe conocer normalmente sobre su persona o sus cosas propias, sin que éste se halle obligado a realizar investigaciones técnicas. Esta información no se limitará a las circunstancias que afectan materialmente a la cosa o a la persona, sino sobre todas las circunstancias, aun las accesorias que influyan en la justa apreciación del riesgo.

La cláusula de indisputabilidad en el contrato de vida está fundada en el hecho de que el tenedor de póliza fallecido no puede estar presente para defender su posición, si su póliza fuera disputada después de su muerte.

La cláusula de indisputabilidad, en rigor no se refiere a las condiciones de la validez misma del contrato, y de ninguna manera a la de la limitación de los riesgos cubiertos por éste, o la causa que, en lo futuro, pueden dar lugar a la rescisión. Indebidamente se involucran con la cláusula de indisputabilidad cuestiones tales como si la póliza cubre o no el riesgo de suicidio, de muerte en duelo o a consecuencia de una condena judicial, etc. Todo ello supone que el contrato, válido en sí mismo, cubre ciertos riesgos y excluye otros.

Tal cláusula, no significa que la compañía aseguradora renuncia a impugnar la validez del contrato celebrado; pero la deja en perfecta libertad para establecer restricciones en cuanto a los riesgos cubiertos por la póliza o para establecer

causas para solicitar su rescisión. Por lo que resulta incongruente la redacción que en muchos de los casos se ha dado a la cláusula de indisputabilidad, al declararla válida mientras el asegurado esté al corriente en el pago de sus primas, pues la falta de pago de ellas es una de las causas de la rescisión de la póliza, no un motivo de invalidez originaria de la misma.

Tampoco es lógico incluir en la cláusula de indisputabilidad la restricción relativa al suicidio; ello es una delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador y al negarse el pago de la suma asegurada en caso de suicidio ocurrido en las situaciones previstas en la póliza, lejos de negar la validez de ésta, se pretende aplicarla en sus términos. En cambio, está perfectamente justificado el que se establezca en la cláusula de indisputabilidad la excepción relativa a la errónea o falsa declaración sobre la edad del asegurado, ya que ello influye sobre la validez misma del contrato y no significa una restricción a los riesgos cubiertos por el mismo.

Para determinar el alcance de la cláusula de indisputabilidad precisa examinarla en relación con los requisitos de la existencia misma del contrato, y de las causas que pueden invalidarlo.

Conforme a la legislación mexicana, en lo que respecta en el seguro para el caso de muerte, el requisito de la existencia de un interés asegurable se sustituye por la necesidad del consentimiento de la persona cuya vida es objeto de seguro (artículo 156 de La Ley Sobre el Contrato de Seguro) y que hace presumir a aquél, al consentimiento del interesado debe aunarse el de su legítimo representante si se trata de un menor de edad, que tenga doce o más años (artículo 158 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

También cabe considerar como una presunción absoluta de la existencia de un interés asegurable en la vida del cónyuge o la del hijo mayor de edad, la que resulta del artículo 159 de La Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Es posible, sin embargo, que lleguen a expedirse pólizas aunque falte el requisito del interés asegurable, es decir, sin el consentimiento de la persona cuya vida es objeto del contrato.

La incapacidad del contratante del seguro conforme a los principios del derecho civil, sólo podría ser invocada por sus legítimos representantes y nunca por el asegurador, por lo que en nada influye sobre ella en la cláusula de indisputabilidad, que sólo contiene una renuncia de derechos del asegurador, y en ningún caso de los que corresponden al asegurado.

Encontramos que el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, contiene una regla más rigurosa que las que formula el derecho común, de la influencia del error en cuanto a la validez del contrato, en efecto, conforme al artículo 1813 del Código Civil, sólo cuando recae sobre el motivo determinante de la voluntad, es el error causa de la invalidez del contrato mientras que, conforme al citado artículo 47 de dicha ley, basta que el asegurador tenga una información errónea sobre los hechos cuya declaración ha solicitado al contratante, aunque no haya influido a la realización del siniestro, para que el asegurador pueda rescindir el contrato de seguro. Evidentemente, también cabe la acción de anulabilidad si el asegurador descubre que las declaraciones del contratante del seguro no corresponden a la realidad antes de que el siniestro se haya realizado, pues a este caso es aplicable por mayoría de razón el citado precepto.

En las pólizas en que exista la cláusula de indisputabilidad, el error del asegurador no puede dar lugar a la anulación del contrato, puesto que expresamente se establece en la fracción IV del artículo 50 de la ley de la materia que, a pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos "la empresa aseguradora no podrá rescindir el contrato, si renunció al derecho de rescisión por esta causa".

La cláusula de indisputabilidad no hace válido el contrato de seguro celebrado:

- a) Sin que exista un interés asegurable;
- b) Cuando se ha realizado el siniestro;
- c) Por quien legalmente no pueda actuar como asegurado.

El campo específico de la cláusula de indisputabilidad es el de las inexactitudes de declaración del solicitante del seguro, cometidas por el simple error de buena fe. La indisputabilidad se extiende a las cláusulas anexas al contrato, como la de doble indemnización.

La cláusula de indisputabilidad en ningún caso convalida el contrato obtenido por dolo y la mayor o menor gravedad de éste sólo podrá tener una influencia de hechos sobre la renuncia, posterior al descubrimiento del dolo, de la acción para impugnar el contrato y sobre la apreciación que sobre su existencia puedan hacer los tribunales; pero comprobado el dolo, cualquiera que sea su gravedad deberá declararse la anulación del contrato.

La redacción de las cláusulas de indisputabilidad usadas en México, incluso la que actualmente sugiere la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, es susceptible de mejoramiento:

- a) Porque no deben dar entender que la indisputabilidad tiene mayor alcance que el que realmente tiene;
- b) Porque no tiene por qué considerarse como una excepción el caso de falta de pago de primas, por ser motivo de rescisión; pero no de nulidad;
- c) Porque no deben mezclarse con ella la exclusión del riesgo de suicidio en los dos primeros años de vigencia del contrato de seguro.

Roberto Mantilla Molina, en su ponencia presentada en la primera Convención Nacional de Seguros (mayo 1946), publicada en la revista de la Escuela

Nacional de Jurisprudencia, págs, 94 al 114; mencionó: "Actualmente la cláusula de indisputabilidad, ha sufrido diversas modificaciones en la mayoría de las pólizas expedidas por las compañías aseguradoras, sin embargo, puede decidirse que existe un criterio unánime de establecer un término máximo de dos años para que opere dicha cláusula, pasado el cual, la póliza no será disputable, quedando por lo tanto firme en todo su clausulado."

2.4.2. Doble Indemnización

Es una característica del seguro de vida que consiste en el pago de una cantidad igual al doble de la suma asegurada establecida en la carátula del contrato de seguro en caso de que la muerte del asegurado sea causada por un accidente, es decir en forma fortuita. Este beneficio se incorpora en la póliza de seguro de vida contra el pago de una prima adicional.

El atractivo de este beneficio radica en la gran cantidad adicional que viene a ser satisfecha por medio del pago de una pequeña prima adicional. Luce como si fuera una "buena apuesta" para muchos solicitantes. También es una manera poco costosa de aumentar sustancialmente el seguro efectivo, al menos por una causa justamente importante de la muerte, a bajo costo, y de esta manera es de algún valor real para aquellos que necesitan más seguro del que pueden pagar.

Existe mucha duda en cuanto a si la muerte reclamada como resultado de accidente, lo fue así en efecto, lo que conduce a litigios y gastos adicionales; así encontramos que la forma usual de la cláusula de muerte accidental estipula el pago del beneficio adicional en el caso de muerte por causas accidentales distintas a aquellas que son específicamente excluidas. Aunque pareciere que la muerte por causas accidentales se encuentra bien definida, la realidad es otra.

Una definición típica de la muerte accidental para los fines de la doble indemnización es como sigue: "La muerte resultante de lesiones corporales sufridas exclusivamente por medio de causas externas, violentas y accidentales independientemente y con exclusión de toda otra causa y dentro de los noventa días después de sufrir dichas lesiones".

La expresión "causas accidentales" es importante, su efecto es eliminar la responsabilidad cuando el resultado de lo sucedido podría ser considerado como accidental pero cuando la causa de ese resultado no fue accidental; por ejemplo, si la muerte ocurre mientras el asegurado está siendo operado o se encuentra bajo anestesia, el resultado puede ser accidental, pero las causas no son accidentales. La intención al emitir dicha definición, no es la de evadir la responsabilidad en caso de reclamaciones legítimas sino de limitar la cobertura a muertes que sean pura y enteramente accidentales.

La estipulación de que la muerte deba ser causada sólo por "causas externas, violentas y accidentales" también es importante y se propone principalmente eliminar las muertes "accidentales" en las que fue la enfermedad la causa verdadera; por ejemplo, cuando el asegurado sufre de un ataque al corazón mientras está subiendo escaleras o mientras está conduciendo su auto. En dichos casos el resultado es aparentemente accidental, pero la verdadera causa de muerte fue la enfermedad. Debido a la dificultad, en muchos casos de determinar si la muerte fue o no el resultado de "causas accidentales", existe actualmente una tendencia a estipular simplemente que el beneficio es pagadero si la muerte es resultado de un accidente.¹⁹

Encontramos, que la mayoría de las compañías aseguradoras excluyen a todas las muertes que resultan de la guerra, bien sea sirviendo a las fuerzas

¹⁹ El Seguro de Vida, Joseph B. Maclean. Compañía Editorial Continental S.A., pág. 242.

armadas o no; también son excluidas generalmente, las muertes accidentales debidas a la aviación, excepto cuando el asegurado estaba viajando como pasajero en una de las líneas aéreas regulares.

Por último señalo, que la característica de la doble indemnización de la póliza de seguro de vida puede discontinuarse contra petición del asegurado, discontinuándose el cargo correspondiente en el pago de la prima.

2.4.3. Tablas de Mortalidad

Documentos o estados en que previo estudio y cálculos actuariales, se reflejan posibilidad de fallecimiento de una colectividad de personas en función de los diferentes tipos de edades de éstas y del periodo de vida más o menos prolongado que se considere.²⁰

El seguro de vida, considerado como un negocio, se basa fundamentalmente en el principio de que el número de muertes que pueden ocurrir en un grupo suficientemente numeroso de personas, no es totalmente arbitrario, sino depende de leyes probabilísticas cuyo grado de uniformidad y exactitud permiten establecer bases de cálculo que respalden dentro de un margen de seguridad adecuado las operaciones de las instituciones de seguro.

Una tabla de mortalidad refleja la probabilidad que tiene una persona de determinada edad de morir en el transcurso del año; constituye de esta manera la base de cálculo de primas y reservas en el seguro de vida y representa un registro de la mortalidad observada.

Esta probabilidad se determina en base de análisis estadísticos de la mortalidad observada en un grupo de personas, durante un intervalo de

²⁰ Manual Teórico y Práctico de Seguros. Martínez Gil, José de Jesús. Ed. Porrúa. Pág. 283.

tiempo, dando como resultado "tasas de mortalidad" que se refieren generalmente a intervalos anuales de una población en particular.

Para el Lic. Octavio Guillermo de Jesús Sánchez Flores, la utilización de las tablas de mortalidad, supone que la experiencia que sirvió de base para su realizaciones repetirá en el futuro, sin embargo, debido al aumento progresivo en la duración promedio de la vida en el ser humano, la mortalidad tiende a disminuir en el tiempo, fundamentalmente gracias a las nuevas condiciones de vida y demás adelantos médicos y tecnológicos.

A pesar de que las tablas de mortalidad se basan en un gran volumen de información, y que las tasas representativas son relativamente estables, es necesario revisarlas periódicamente debido a los cambios mencionados. Con esto se evita que las tasas representadas sean subestimadas en el costo del seguro o bien inequidad al cobrar las primas excesivas.²¹

El análisis de la mortalidad ocurrida es ejemplo, puesto que involucra diversas variables, tales como sexo, edad, ocupación y nivel de vida entre otros.

Con el fin de comprender muchas de las interrogantes prácticas que surgen acerca del seguro de vida, es esencial el poseer algunos conocimientos de los métodos utilizados en el cálculo de las primas y reservas. La base de cálculos del seguro de vida es la tabla de mortalidad; la tabla de mortalidad muestra las tasas de mortalidad anuales o tasas de muerte a cada edad, las cuales, han sido experimentadas en el pasado. Una tabla de mortalidad es por tanto simplemente un registro de la experiencia pasada, y el uso de una tabla de mortalidad en particular como base para los cálculos del seguro de vida o de anualidades, implica la suposición o "expectativa" de que la experiencia del futuro se reproducirá de acuerdo con lo estipulado en la tabla utilizada.

²¹ La Institución del Seguro en México, Octavio Guillermo Sánchez José de Jesús, Ed. Porrúa., pág. 393.

El amplio uso y la exactitud de las distintas tablas de mortalidad hoy día representan la realización de los actuarios de seguro de vida. Una diferencia en una tabla no significa que una sea exacta y la otra incorrecta. Tablas diferentes se calculan para necesidades diferentes. Los factores de seguridad crean diferencias en tablas diseñadas para usos diferentes. Las tablas también variarán con la clase de seguro para el cual fueron diseñadas. Las tablas para cualquier clasificación particular de riesgos están basadas en los registros reales de dichos riesgos, proporcionados por la compañía de seguros. La tasa importante para el cálculo de las primas de seguros de vida es la tasa de mortalidad de las vidas aseguradas, más que la mezcla de vidas aseguradas y no aseguradas. Es importante también, que el grupo de vidas aseguradas del cual la tasa de mortalidad va a ser determinada sea representativo del grupo que se va a asegurar. También una tabla puede llegar a ser anticuada, sin que ello llegue a ser inútil; con el tiempo una tabla anticuada puede ser ventajosamente reemplazada por una nueva tabla y la exactitud se obtiene por medio de ajustes.

La cifra significativa en cualquier tabla de mortalidad es la tasa de mortalidad. La tasa de mortalidad es, la razón del número de los que mueren durante un año dado en relación con el número de los que viven al principio de dicho año. Más específicamente, es la razón del número de personas que mueren en un grupo particular bajo observación dentro de un periodo de un año con relación al total de los que mueren durante el año bajo observación se obtiene de los registros, con estas cifras se calcula la razón de la mortalidad.

La construcción de las tablas de mortalidad es una cuestión técnica, sin embargo me permitiré de manera sencilla dar un ejemplo; se realiza una lista mostrando la edad de las personas aseguradas, enfrente de dicha lista se realiza otra, en la cual se establezca el número de personas de dicha edad que se encuentren aseguradas, y posteriormente otra lista en la cual se manifieste el número de personas que mueren de dicha edad durante el año

subsiguiente; y por último una lista en la cual considerando el número de personas que mueren a cada edad, expresará la proporción o porcentaje del número de personas de esa edad que estuvieron a riesgo durante el año.

CAPITULO III. CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO.

3.11. Definición.

Se entiende por seguro colectivo el sistema de protección mediante el cual se otorga cobertura de seguro de vida a un conjunto de personas, bajo un solo contrato. Esta definición permite tener una idea de las enormes posibilidades que posee el seguro colectivo.

Los principios que forman la base fundamental del seguro colectivo son los mismos que los del seguro ordinario, siendo el grupo, sin embargo, la unidad de selección en vez de la vida individual.

En 1918 la Convención Nacional (Asociación) de Comisionados de Seguros, adoptaron la siguiente definición original estándar del seguro de vida colectivo: El seguro de vida colectivo es la forma de seguro de vida que cubre no menos de cincuenta empleados, con o sin examen médico, suscritos bajo una póliza emitida al patrono, la prima de la cual debe ser pagada por el patrono o por el patrono y los empleados, o a todos los de cualquier clase o clases dentro del mismo negocio, determinadas por las condiciones pertinentes al empleo, por importes de seguro basados en algún plan el cual impida la selección individual, y a favor de personas distintas al patrono siempre y cuando, sin embargo, que en el caso de que la prima sea pagada por el patrono y el empleado conjuntamente y los beneficios de la póliza son ofrecidos a todos los empleados elegibles, no menos del setenta y cinco por ciento de dichos empleados pueden ser así asegurados.²²

Posteriormente dicha Asociación adoptó en 1946, un modelo de ley para el seguro de vida colectivo, y la propuso para ser promulgada en los distintos Estados que componen al país Norteamericano; en esos términos y con el

²² El Seguro de Vida. Jonh H. Magee. Ed.- Americana, pág. 204.

transcurso de los años, las legislaciones de cada país, han extendido el significado de los términos patrono y grupo, y así las compañías de seguros han estado dispuestas a extender sus facilidades de aseguramiento para acoplarse a las tendencias legislativas.

El alcance de los seguros colectivos en la población mexicana prácticamente es ilimitado, debido a que la mayor parte de la población asegurada del país carece de la protección que brinda el seguro de vida; se pueden destacar dos principales causas de ello;

1. La falta de recursos económicos, y
2. La subnormalidad física u ocupacional.

El seguro de vida colectivo al considerar grupos en vez de individuos, permite reducir costos y la eliminación de exámenes médicos, además de otros factores de selección.

Por otra parte con la finalidad de proporcionar al mayor número posible de personas la oportunidad de obtener beneficios del seguro colectivo, éste se ha estructurado de tal manera que casi cualquier grupo de personas, cuya organización sea tal que elimine la posibilidad de autoselección, puede ser asegurado sin requisitos de asegurabilidad. En su defecto, siempre existe la posibilidad de lograr la economía que representa el seguro colectivo.

El seguro colectivo requiere de un contratante, quien tiene la obligación de pagar las primas del seguro a la compañía, además debe contar con un número mínimo de asegurados, que pueden variar según la compañía entre 5 y 10, para la mayoría de las colectividades. La contratación del seguro se formaliza mediante la expedición de certificados individuales, correspondientes a cada uno de los miembros de la colectividad y una póliza maestra que se entregará al contratante.

3.2. Partes Contratantes.

En el seguro de vida colectivo, se presentan los siguientes elementos personales:

1. El patrón o empresa contratante;
2. La compañía aseguradora;
3. El empleado asegurado, y
4. El beneficiario.

El patrón o empresa contratante; es la persona física o moral que solicita un seguro, sin necesidad de examen médico obligatorio, sobre la vida de un grupo asegurable (sus empleados), con un número mínimo de asegurados, que puede variar entre 5 y 10 según la compañía, teniendo ésta la obligación de pagar la suma de las primas que correspondan pagar a cada miembro del grupo asegurado, y éstos a su vez cubrir la parte que les corresponde de la prima a su patrón.

La contratación del seguro se formaliza mediante la expedición de certificados individuales, correspondientes a cada uno de los miembros de la colectividad y una póliza maestra que se entregará al contratante.

El patrón contratante, tendrá como obligaciones:

1. Comunicar a la institución aseguradora los nuevos ingresos al grupo, remitiendo los consentimientos respectivos, que deberán contener los datos que exige la respectiva institución de seguros.
2. Comunicar a la institución aseguradora las separaciones definitivas del grupo asegurado;
3. Dar aviso a la institución aseguradora dentro del término de quince días, de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados y

que sea necesaria para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las sumas aseguradas. Las nuevas aseguradas surtirán efectos desde la fecha del cambio de condiciones, y

4. Enviar a la institución aseguradora los nuevos consentimientos de los asegurados, en caso de modificación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.

En este tipo de seguro tiene opción de permitir al contratante el manejo de los movimientos de altas y bajas, proporcionándole la compañía, la documentación necesaria (consentimiento y certificados), siendo obligación del contratante remitirle a la compañía una relación de altas y bajas realizadas, acompañada de copia de los consentimientos y certificados respectivos. A este tipo de sistema se le denomina "autoadministrado".

La compañía aseguradora; por lo que respecta a ésta, la misma debe contar con la autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para realizar la operación del ramo de vida, en los términos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro. Teniendo como principales obligaciones:

1. Formar el registro de asegurados, que deberá contener los siguientes datos: a) Nombre y edad de cada uno de los miembros del grupo. b) Suma asegurada que le corresponda. c) Fecha en que entre en vigor los seguros de cada uno de los miembros del grupo y fecha de terminación de los mismos, y d) Número de certificado individual.
2. Deberá entregar al contratante (patrón), copias autorizadas del registro antes mencionado;
3. Deberá expedir una póliza maestra que entregará al contratante;
4. Expedirá y firmará certificados individuales para cada uno de los miembros del grupo asegurado, que entregará al contratante.

El empleado asegurado; es la persona física, la cual desde que ingresa al grupo asegurable y adquiere las características para formar parte de dicho grupo, quedará asegurado sin examen médico. Aún así deberá cumplir con determinadas obligaciones, como en el caso de manifestar su consentimiento para gozar de dicho seguro de vida, dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, para gozar de dicho seguro, sin necesidad de examen médico, ya que posteriormente podrá la institución de seguro exigirle un examen médico y en este caso quedará asegurado hasta la fecha de aceptación de dicha institución de seguros. Asimismo tendrá la obligación de pagar la parte de la prima que le corresponde, al patrón contratante, ya que de no hacerlo, dicho patrón contratante podrá solicitar su baja del seguro colectivo, a la institución de seguros.

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurable, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. No se considerarán separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del periodo del seguro en curso.

El beneficiario; en el seguro de vida colectivo, el asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario, sin necesidad del consentimiento de la empresa aseguradora; aún en el caso de que el asegurado haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por actos entre vivos.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario, y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de un nuevos beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado. Ya que el derecho de revocar la designación de beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia a él, y además lo comunique al beneficiario y a la

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

Por lo que respecta al cambio de beneficiario, dicho cambio deberá ser comunicado a la empresa aseguradora para que surta los efectos legales correspondientes. Así lo ha sustentado la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la tesis que a continuación se transcribe:

SEGURO. CAMBIO DE BENEFICIARIO EN LA POLIZA. Cualquier cambio de beneficiario en una póliza en la que se contenga el contrato de seguro debe comunicarse a la empresa aseguradora para que surta los efectos legales correspondientes.

Primer Tribunal Colegiado del Primer Circuito en Materia Civil. Amparo Directo 589/1119711 M.G. de V. 26 de noviembre de 19711. Unanimidad.

La cláusula beneficiaria establece en provecho del beneficiario un derecho propio sobre el crédito que ésta cláusula le atribuye, el cual podrá exigir directamente de la empresa aseguradora.

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. (artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Cuando los hijos de una persona determinada figuren como beneficiarios sin mención expresa de sus nombres, se entenderán designados los descendientes que debieran sucederle en caso de herencia legítima (artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

La ley reglamenta la situación de los beneficiarios legales, en caso de que los mismos hayan sido determinados por lo que se establecen las reglas de la posible distribución de la indemnización percibida, siendo las siguientes:

- a) Por el cónyuge designado como beneficiario se entenderá al que sobreviva (art. 172 de L.C.S.).
- b) Por herederos o causahabientes designados como beneficiarios deberá entenderse, primero los descendientes que deban suceder al asegurado en caso de herencia legítima y el cónyuge que sobreviva, y después, si no hay descendientes ni cónyuge, las demás personas con derecho a la sucesión (art. 173 de L.C.S.).
- c) 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 (art. 174 de L.C.S.).
- d) Cuando los herederos diversos a los que alude el artículo 174 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, fueron designados como beneficiarios tendrán derecho al seguro según su derecho de sucesión. (art. 175 de L.C.S.).

Esta disposición y la del artículo 174 de que se trata se aplicarán siempre que el asegurado no haya establecido forma de distribución del seguro.

- e) Si el asegurado omitiere expresar el grado de parentesco o designare como beneficiario de su póliza a personas que lo deben suceder como herederos y faltare indicación precisa de la porción que corresponda a cada una, el seguro se distribuirá entre todas ellas por partes iguales (art. 176 de L.C.S.).
- f) Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales a la de los demás (art. 177 de L.C.S.).

También encontramos, que algunas aseguradoras establecen en sus condiciones generales del contrato de seguro, la cláusula de ausencia de beneficiario, la cual establece: "...cuando no hay "beneficiario" designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del "asegurado". La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario en caso de que el "beneficiario" y "asegurado" mueran simultáneamente, o bien cuando el primero muera antes que el asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación..."

3.3. El Pago de Primas.

Las primas para el seguro colectivo pueden ser pagadas por el patrón (contratante), anual, semestral, trimestral o mensualmente. Cuando la prima se paga anualmente, los ajustes del efectivo a causa de las terminaciones y de los nuevos empleados se hacen anual o periódicamente (generalmente cada mes), a todo lo largo del año. Cuando la prima se paga a intervalos más cortos, como mensualmente, estos ajustes se hacen a las fechas en que vencen las primas, estando basada la prima a pagar sobre el importe neto del seguro en vigor en la fecha de vencimiento de la prima.

La prima inicial total pagadera por el patrono se calcula añadiendo juntas las primas individuales, obtenidas de multiplicar el importe del seguro sobre la vida de cada empleado por la tarifa de prima a su edad alcanzada; al final de cada año póliza, una nueva prima promedio se determina ordinariamente, basada en la distribución de la edad en ese momento.

El costo total de la prima cuando cada empleado es asegurado por el importe de su salario anual será mayor que cuando el seguro es una cantidad pareja para cada empleado, si el importe total del seguro para el grupo entero es el mismo. Esto es porque sobre la base anterior las cantidades mayores de seguro, son emitidas, en general, sobre las vidas de los empleados más viejos,

para quienes las tarifas de primas son más altas. Las mismas consideraciones se aplican cuando el importe del seguro se hace que dependa en el tiempo de servicio.

La póliza contiene una cláusula para el ajuste de las tarifas de prima; las tarifas originales de primas están garantizadas contra cualquier aumento, algunas veces durante los primeros 5 años de la póliza, pero usualmente durante 1 año. Las tarifas pueden aumentarse en cualquier aniversario o después de que el periodo original de garantía ha expirado. Los aumentos en las tarifas no pueden ser retroactivos. En los planes permanentes colectivos de prima nivelada, las tarifas aumentadas serían, generalmente aplicables sólo a los empleados que vienen a quedar asegurados después del periodo original de garantía, o por aumentos subsecuentes en importe sobre otros empleados.

Cuando un grupo está compuesto bien sea entera o parcialmente de personas sujetas a un peligro extra, es necesaria una extra prima. Para el seguro en el plan temporal a 1 año, la extra prima requerida es meramente el importe necesario para cubrir las reclamaciones excedentes en 1 año, sobre el número normal (excepto en las industrias donde es necesaria una extra prima debido a peligro de catástrofe), y representará aproximadamente, la diferencia entre las tasa de mortalidad esperadas y las tabulares. Para los fines prácticos se supone, generalmente, que la extra prima requerida es la misma para todas las edades. Cuando sólo una porción del número total de empleados está sujeta al peligro extra, se calcula una extra prima modificada, la cual es aplicable al grupo como un todo. Así en general, las tarifas para el seguro colectivo son sobre la base de la industria y no de acuerdo con los grupos ocupacionales individuales dentro de la industria.

Entonces, puedo concluir, que sin importar el tipo de plan, el patrono es responsable por el pago de la prima del seguro, ya que de acuerdo con las condiciones del contrato, la compañía de seguros puede cobrar las primas

vencidas al patrono sin importar si ésta ha sido reembolsada por los empleados, puesto que la póliza de vida colectiva se suscribe de manera que la compañía de seguros trate solamente con el patrono, por lo que a las primas se refiere.

3.4. Condiciones Mínimas de la póliza y de los certificados.

3.4.1. Período de gracia.

Entre las compañías de seguro de vida es normal conceder un periodo de gracia, usualmente es de un mes, durante el cual pueden pagarse las primas debidas. Éste periodo de gracia se concede para el pago de todas las primas posteriores a la primera, es decir, excepto la primera, en la cual no es aplicable dicho periodo; la póliza se mantiene en vigor durante este periodo, pero si la muerte ocurre durante dicho periodo, al pagar la reclamación se deduce el importe de la prima demorada. A menos que el tenedor de la póliza notifique por escrito a la institución de seguros la discontinuación en el pago de las primas y con ello, terminar la cobertura del beneficio contratado.

3.4.2. La solicitud forma parte de la póliza.

Considerando que la solicitud es el documento que exterioriza su voluntad de contratar, fija las bases del seguro y determina la protección que desea, particularmente el monto y la permanencia de la cobertura total.²³

Precisaré que en el contrato de seguro colectivo, es necesario que dicha solicitud sea adherida a la póliza cuando ésta se emita, y que todas las declaraciones hechas por el tenedor de la póliza o por las personas

²³ Manual Teórico y Práctico de Seguro. Martínez Gil, José de Jesús. Ed. Porrúa. Pág. 279

aseguradas se considerarán como representaciones y no como garantías. Ninguna aclaración hecha por cualquier asegurado será utilizada en cualquier disputa a menos que una copia del instrumento conteniendo la declaración sea, o haya sido, suministrada a dicha persona o a su beneficiario.

La solicitud para celebrar el contrato, deberá contener especialmente lo siguiente:

- a) Naturaleza del riesgo por asegurar;
- b) Declaración sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de catástrofe, en relación a la actividad que a través del grupo asegurable realice la empresa, patrón u organización a la que pertenezca dicho grupo;
- c) Características del grupo asegurable, número de personas asegurables y el de las que van a asegurarse;
- d) Tarifa de primas;
- e) Reglas para determinar las sumas aseguradas, para cada uno de los miembros del grupo;
- f) Porcentaje con el que los miembros del grupo contribuyan, en su caso, al pago de la prima, y
- g) Como anexo, el consentimiento de cada uno de los miembros del grupo, en el que deberá expresarse: ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada o la regla para determinarla, designación de los beneficiarios y si ésta se hace en forma irrevocable;

La póliza mínimo deberá contener:

- a) Características del grupo asegurado;
- b) Tarifa de primas, y
- c) La regla para determinar la suma asegurada que a cada miembro del grupo corresponda.

3.4.3. Designación de beneficiarios.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del grupo podrá hacer nueva designación del beneficiario, mediante notificación por escrito que, juntamente con el certificado respectivo, deberá remitirse a la compañía para la anotación correspondiente. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la compañía pagará el importe del seguro al último beneficiario de que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

El contratante no podrá ser designado beneficiario, salvo que el objeto del contrato sea el de garantizar créditos concedidos por el contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

Los asegurados pueden renunciar al derecho que tienen de cambiar al beneficiario. Para que produzca sus efectos esa renuncia, tendrá que hacerse constar en el certificado respectivo, y el asegurado deberá comunicarla por escrito al beneficiario y a la compañía, enviando a ésta el certificado para su anotación.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro forma parte del haber hereditario del asegurado y, por lo tanto, se pagará a quienes fueren declarados sus herederos en el juicio sucesorio correspondiente. La misma regla se observará en caso de que el beneficiario y el asegurado mueran simultáneamente, o bien cuando el primero muera antes que el segundo y no existieren designados beneficiarios sustitutos o no hubiere hecho nueva designación.

Cuando hay varios beneficiarios, la parte del que muera antes que el asegurado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

3.4.4. Evidencia de la asegurabilidad.

El contrato colectivo está basado en la teoría de que si el seguro se pone a disposición de un número suficientemente grande de individuos a base de grupos, el elemento de selección individual contra la compañía es eliminado, el elemento de riesgo moral se reduce a un mínimo y la oportunidad para fraude y especulación es prácticamente nula.

Siendo eliminada la selección adversa, el examen médico se considera innecesario. La práctica general, es por lo tanto, aceptar para asegurar a todos los empleados o a todos los empleados de una clase particular, sin importar la edad o condición física, sujeta sin embargo, al importante requisito de que cada empleado individual se encuentre en empleo activo, en la fecha en que su cobertura entra en vigor.

La compañía de seguros, sin embargo, puede pedir un examen médico bajo ciertas circunstancias; si los grupos están sujetos a una exposición de riesgo anormal, la compañía puede requerir un examen médico; usualmente, un examen médico u otra evidencia de asegurabilidad se requiere si han transcurrido treinta y un días entre el momento en que el empleado ha llegado a ser elegible y el momento en que se hace la solicitud para el seguro.

Para guardar el requisito de estar en empleo activo, al iniciarse el plan, el asegurador puede eliminar aquellos que son se encuentren trabajando por encontrarse enfermos, estos serán incluidos después de su recuperación.

La competencia en los negocios y en la industria es tal que se requiere un alto grado de idoneidad corporal y mental para continuar en el empleo. Las organizaciones grandes o pequeñas seleccionan a los empleados por su capacidad para realizar un trabajo satisfactorio, esto automáticamente elimina a muchos físicamente débiles.

Es curioso e interesante que estudios recientes hayan sacado a relucir que las tasas de mortalidad de los grupos asegurados en industrias no peligrosas se aproximan mucho a la tasa de mortalidad de los tenedores de pólizas de seguros de vida ordinario, después de que el efecto de la selección en éstos ha dejado de sentirse. Por increíble que parezca, las tasas de mortalidad entre los grupos de vidas aseguradas sin ninguna investigación de la salud o de la moral individual demuestran ser tan buenas como entre las personas examinadas individualmente y suscritas individualmente.

3.4.5. La Emisión de certificados individuales.

Una póliza principal es emitida al patrono y un certificado de seguro por cada empleado se acompaña en la póliza y técnicamente se considera incluido en la misma; este certificado en las manos del empleado constituye una evidencia de su interés en el contrato colectivo.

El certificado no constituye un contrato entre el patrón y empleado, sino una simple declaración de que el empleado allí nombrado está asegurado bajo la póliza colectiva. En ausencia de una cláusula que estipule que la póliza principal constituirá el contrato completo, la póliza principal y el certificado han sido consideradas como inseparables, y cada uno se estima que forma una parte del contrato.²⁴

La contratación de seguro colectivo se formaliza mediante la expedición de certificados individuales, correspondientes a cada uno de los miembros de la colectividad y una póliza maestra que se entregará al patrono contratante.

²⁴ E.T. Crawford y S.P. Harlan, *The Law of Group Insurance*. Compañía Editora Cooperativa de Abogados, pág. 28.

Las instituciones de seguros deberán expedir un certificado para cada uno de los miembros del grupo asegurado, que entregarán al contratante; dicho certificado deberá contener, cuando menos, los siguientes datos:

- a) Número de la póliza y del certificado;
- b) Nombre y fecha de nacimiento del asegurado;
- c) Fecha de vigencia del seguro;
- d) Suma asegurada o la regla para determinarla, y
- e) Nombre de los beneficiarios y en su caso el carácter de irrevocable.

Los certificados serán expedidos y firmados por la institución aseguradora.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado, no concuerda con la regla para determinarla, la institución aseguradora pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la institución aseguradora, por su propio derecho o a solicitud del contratante hará la modificación correspondiente, substituyendo el certificado.

3.4.6. La conversión del seguro a la terminación del empleo.

Una cláusula por la cual, al terminarse el empleo y así separase definitivamente del grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido, teniendo la institución de seguros la obligación de asegurar sin evidencia de asegurabilidad (sin examen médico) y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente de dicho grupo asegurado, en cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere dicha empresa, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno; siempre que su edad este comprendida dentro de los límites de admisión de la

compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo asegurado deberá presentar su solicitud a la institución aseguradora, dentro del plazo de treinta días a partir de su separación; la suma asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

El solicitante deberá pagar a la compañía de seguros, la prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, en la fecha de su solicitud, según la tarifa de primas que se encuentre en vigor.

La cláusula que da a los empleados que se separan o retiran, el derecho a obtener seguro permanente a la tarifa aplicable a la edad alcanzada a la terminación del servicio, es de gran valor para el empleado que entonces sea inasegurable; el hecho de que dicho seguro, según es convertido, muestra una elevada mortalidad, es una prueba de que llena una necesidad vital, aunque sin embargo pocos empleados aprovechan la ventaja de esta opción, ya que el costo bastante elevado al convertirse, particularmente en edades avanzadas, cuando se compara con la contribución del seguro de grupo, sin duda impide que muchos lo tomen.

3.5 Determinación de la cobertura individual.

Para proveer seguro colectivo y al mismo tiempo proteger a la compañía de seguros contra la selección adversa, se requiere de algún método automático de determinar el importe de la cobertura para cada asegurado individual. Es obvio que, al permitir a cada individuo determinar, sin limitación el importe de su seguro, podría conducir a abusos, puesto que los riesgos de que tenga alguna enfermedad o padecimiento comprarían naturalmente una cobertura desproporcionada. Y si el patrón pudiese determinar sin limitación el importe de la cobertura para cada individuo, podría, impulsado por sus simpatías permitir coberturas desproporcionadas donde sintiera una necesidad y reconociera

padecimientos que harían difícil o imposible la obtención de otro seguro. La selección en contra de la compañía tendería a aumentar el costo del seguro para todos los miembros del grupo, concebiblemente, un alto grado de selección adversa podría causar el fracaso del plan.

La determinación automática de la cobertura individual se realiza en una de varias formas, las más usuales de éstas son:

- a) Una cantidad igual para todos los empleados;
- b) Una cantidad basada en el puesto que se ocupa;
- c) Una cantidad basada en el tiempo de servicio, y
- d) Una cantidad basada en los riesgos.

La determinación más sencilla es una cantidad igual de seguro para cada empleado, este plan tiene varios defectos, no siendo el menor de ellos aquel que omite reconocer las necesidades del empleado, su capacidad de pago, su valor para el negocio y su tiempo de servicio.

La base más ampliamente utilizada para determinar el importe del seguro son los ingresos del empleado, se establecen categorías en la nómina de sueldos, y todos aquellos que caen dentro de una categoría dada, automáticamente reciben un importe predeterminado de seguro. Este plan no solamente reconoce la capacidad de pago, sino que dentro de ciertos límites, se reconoce también el valor del empleado en el negocio.

Catalogando el importe del seguro sobre las base del tiempo de servicio, se recompensa a los empleados por el servicio prolongado, pero tiene varios defectos. Falla en considerar los diferentes niveles de ingresos proporcionando cobertura más baja en los grupos de edades más jóvenes, donde frecuentemente las necesidades son más grandes. El importe del seguro puede

aumentar con mayor rapidez que los sueldos, de manera que las primas del seguro pueden llegar a ser una carga a medida que el empleado envejece.

El seguro colectivo asignado con base al puesto que se ocupa, agrupa al personal en categorías tales como funcionarios, capataces, empleados, dependientes, vendedores y otros por el estilo, el importe del seguro es el mismo para todos los empleados de una división, pero diferentes entre las distintas divisiones. Este plan reconoce, dentro de cierto límite tanto el valor como el tiempo de servicio, pero ocasiona algunas dificultades administrativas al establecer las categorías y al asignar los casos en que están en la línea divisoria. Básicamente todos los planes deberían revertir en, las necesidades y la capacidad de pago.

3.6. Terminación del Contrato.

La póliza usual de seguro de vida colectivo estipula que el seguro de cualquier empleado cubierto terminará cuando su empleo con el patrón termine. También se estipula que en cualquier momento que el patrón deje de pagar la prima de seguro requerida tendrá el efecto de terminar la póliza. Para cubrir el despido temporal, es corriente estipular que el patrón puede elegir que la ausencia temporal del empleo no se considerará como terminación de la póliza de grupo, para el empleado total y permanente incapacitado con anterioridad a la fecha de terminación.

Puesto que la póliza está suscrita sobre la base anual temporal, la póliza principal expira, a menos de que sea renovada al final del año de la póliza. El patrón no tiene obligación legal de continuar el seguro por cualquier periodo definido, o de notificar a los empleados que tienen certificados, que la póliza no ha sido renovada y que el seguro no se encuentra ya en vigor.

CAPITULO IV. NATURALEZA JURÍDICA DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO.

4.1. Naturaleza Mercantil.

Al quedar comprendido el contrato de seguro como una de las actividades que el artículo 75 del Código de Comercio considera como actos de comercio, desprendiéndose de esta particularidad, por lo que el contrato de seguros se regulará por la legislación mercantil, integrada por el Código de Comercio, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Ley General de Instituciones y Sociedades mutualistas de Seguros, la Ley General de Sociedades Mercantiles, la Ley de Navegación par el caso de seguro marítimo y de los demás ordenamientos legales que hagan alusión al mismo.

Al respecto el Código de Comercio, establece la mercantilidad del contrato de seguro en los siguientes preceptos legales:

ARTÍCULO 1°. Los actos comerciales sólo se regirán por lo dispuesto en este Código y demás leyes mercantiles aplicables.

ARTÍCULO 75. La ley reputa actos de comercio:

XVII. Los contratos de seguro de toda especie, siempre que sean hechos por empresas;...

ARTÍCULO 1049. Son juicios mercantiles los que tienen por objeto ventilar controversias que conforme a los artículos 4°, 75 y 76 deriven de los actops comerciales.

ARTÍCULO 1050. Cuando conforme a las disposiciones mercantiles, para una de las partes que intervienen en un acto, éste tenga naturaleza comercial y

para otra tenga naturaleza civil la controversia que del mismo se deriven se regirá conforme a las leyes mercantiles.

Asimismo la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido el siguiente criterio:

SEGURO, CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO DE. COMPETENCIA DEL JUEZ DEL DOMICILIO DE LA ASEGURADORA SI ASI SE PACTO.

Cuando se reclama el cumplimiento de un contrato de seguro, las cuestiones competenciales deben resolverse de acuerdo con las reglas que señala el Código de Comercio, si el referido contrato lo celebraron dos empresas que están consideradas como mercantiles por el artículo 1° fracción III y IV, de la Ley de Sociedades Mercantiles, además de que el asunto es de naturaleza mercantil conforme al artículo 75, fracción XVI, del Código citado. Ahora bien, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1092, 1093 y 1104 del Código de Comercio, es juez competente aquél a quien los litigantes se hubieren sometido expresa o tácitamente entendiéndose que hay sumisión expresa cuando los interesados renuncian clara y determinadamente al fuero que la ley les concede y designan con toda precisión el juez a quien someten, y que sea cual fuere la naturaleza del juicio, será preferido a cualquier otro juez el del legra designado en el contrato para el cumplimiento de la obligación. De acuerdo con estas reglas, si en el contrato de seguro se establece en una de sus cláusulas que en caso de controversia el asegurado podrá ocurrir los tribunales competentes del domicilio de la compañía aseguradora, resulta inconcluso que es el juez que ejerza jurisdicción en el mismo quien debe conocer del juicio de que se trata.

Octava Época. Tercera Sala. Semanario Judicial de la Federación. Tomo I. Primera Parte-1. Página 345.

4.1.1. Competencia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la solución de conflictos en materia de seguro de vida colectivo.

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la federación del 14 de enero de 1991 se crea el Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas como órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público quién ejercerá las facultades y atribuciones que le confiere la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la Ley Federal de Instituciones de Fianzas, así como otras leyes, reglamentos y disposiciones administrativas aplicables, en relación con las funciones de inspección, vigilancia y supervisión de las instituciones, sociedades, personas y empresas a que dichas leyes se refiere, así como del desarrollo de los sectores y actividades asegurador y afianzador del país. Para su ejercicio tendrá autonomía y facultades ejecutivas en los términos de dichos ordenamientos.

Conforme a las disposiciones que le dan origen y atribuciones, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas tiene como misión: "garantizar al público usuario de los seguros y fianzas, que los servicios y actividades que las instituciones y entidades autorizadas realizan, se apeguen a lo establecido por las leyes."²⁵

Con motivo de la creación de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, el 18 de enero 1999, desaparece la función de Orientación, Conciliación y Arbitraje que venía desempeñando la citada Comisión.

²⁵ Actualidad en Seguros y Fianzas, número 1, Pág. 5, editado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

4.1.2. Procedimiento Conciliatorio ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros es creada mediante la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 18 de enero de 1999, al establecer el artículo 4° de dicha ley: *"La protección y defensa de los derechos e intereses de los usuarios, estarán a cargo de un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios, denominado Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros."*

La misión de este organismo está contemplada en su artículo 5° de la citada Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros al establecer: *"La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, tendrá como finalidad promover, asesorar, proteger y defender los derechos e intereses de los usuarios frente a las instituciones financieras, arbitrar sus diferencias de manera imparcial y proveer a la equidad en las relaciones entre éstos."*

Asimismo el segundo párrafo del artículo 4° de la mencionada ley establece: *"La protección y defensa de esta ley encomienda a la Comisión Nacional, tiene como objetivo prioritario procurar equidad en las relaciones entre los usuarios y las instituciones financieras, otorgando a los primeros elementos para fortalecer la seguridad jurídica en las operaciones que realicen y en las relaciones que establezcan con las segundas."*

De conformidad con el artículo 1° del Reglamento Interior de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, dicha comisión, como organismo público descentralizado de la

Administración Pública Federal, tendrá autonomía técnica para dictar sus resoluciones y laudos y facultades de autoridad, para imponer las sanciones correspondientes, así como las atribuciones y obligaciones que le confieren la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

De conformidad con el artículo 11 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, la Comisión Nacional está facultada para:

- I. Atender y resolver las consultas que le presenten los usuarios sobre los asuntos de su competencia;*
- II. Atender y en su caso, resolver las reclamaciones que formulen los usuarios, sobre los asuntos que son de competencia de la Comisión Nacional;*
- III. Llevar a cabo el procedimiento conciliatorio, entre el usuario y la institución financiera en los términos previstos en esta ley, así como entre una institución financiera y varios usuarios, exclusivamente en los casos en que estos hayan contratado un mismo producto o servicio, mediante la celebración de un solo contrato, para lo cual dichos usuarios deberán apegarse a lo establecido en el último párrafo del artículo 63 de esta ley;*
- IV. Actuar como árbitro en amigable composición o en juicio arbitral de estricto derecho de conformidad con esta ley, en los conflictos originados por operaciones o servicios que hayan contratado los usuarios con las instituciones financieras, así como emitir dictámenes de conformidad con esta ley;*
- V. De conformidad con lo señalado por el artículo 86 de esta ley, prestar el servicio de orientación jurídica y asesoría legal a los usuarios, en las controversias entre éstos y las instituciones financieras que se entablen ante los tribunales, con motivo de operaciones o servicios que los primeros hayan contratado; así como respecto de prestatarios que no corresponden al sistema*

financiero, siempre y cuando se trate de conductas tipificadas como usura y se haya presentado denuncia penal;

VI. Proporcionar a los usuarios los elementos necesarios para procurar una relación más segura y equitativa entre éstos y las instituciones financieras;

XX. Solicitar la información y los reportes de crédito necesarios para la substanciación de los procedimientos de conciliación y arbitraje a que se refiere esta ley. Para todos los efectos legales, la sola presentación de la reclamación por parte del usuario, faculta a la Comisión Nacional para exigir la información relativa;

XXI. Imponer las sanciones establecidas en esta ley;

XXII. Aplicar las medidas de apremio a que se refiere esta ley;

XXIII. Conocer y resolver sobre el recurso de revisión que se interponga en contra de las resoluciones dictadas por la Comisión Nacional;

XXIV. Determinar el monto, la forma y las condiciones de las garantías a que se refiere esta ley, así como el monto que deberá registrarse como pasivo contingente por parte de las instituciones financieras en términos del artículo 68, fracción X;

XXV. Condonar total o parcialmente las multas impuestas por el incumplimiento de esta ley, y

XXVI. Las demás que le sean conferidas por esta ley o por cualquier otro ordenamiento.

En caso en que los usuarios del seguro tengan alguna inconformidad con una institución de seguros, y quieran agotar la etapa conciliatoria, misma que ya no es obligatoria con motivo de la derogación del artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, deberán presentar

dicha inconformidad ante la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, quien proporcionará al titular del contrato, beneficiarios y terceros afectados e interesados, gratuitamente orientación técnica y jurídica necesaria con el fin de iniciar trámite para la solución de la misma, pudiendo iniciar dicho trámite mediante la presentación de una queja o una reclamación.

Considerando a la queja, como el requerimiento informal de tipo administrativo que presenta una persona con motivo de su inconformidad respecto a los efectos derivados de un contrato de seguro, mismo que origina la intervención de la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, ante la institución de seguros, ya sea personalmente o mediante la vía telefónica, con objeto de que la Comisión Nacional tenga conocimiento de la problemática que se planté y se valore el planteamiento del quejoso; procediéndose a recabar una cédula en la que se consignen datos personales del quejoso, el nombre de la compañía con la cual se tiene la inconformidad, el número de la póliza, la vigencia del contrato, el número y fecha del siniestro, vigencia de la póliza, ramo del seguro y los pormenores de la queja. Una vez requisitada la citada queja se gestionará la queja ante la institución correspondiente solicitándole la información correspondiente, posteriormente se le notificará al quejoso el resultado de dicha gestión.

En caso de que no se tenga una solución a los intereses del usuario, se le orientará para la presentación del escrito de reclamación.

A la reclamación la tendremos como, el planteamiento formal que consiste en la presentación por escrito ante la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, de la inconformidad del usuario respecto al servicio ofrecido por una institución de seguro. Él o los afectados por desviaciones en el desempeño de alguna aseguradora pueden presentar sus reclamaciones, dependiendo del caso, como un procedimiento

derivado de una queja previa, o de manera directa, sin que medie queja alguna.

Con el escrito de reclamación se inicia la etapa conciliatoria.

La conciliación se ha definido como "la avenencia" que sin necesidad de juicio de ninguna clase, tiene lugar entre las partes que desienten acerca de sus derechos en un caso concreto, y de las cuales una trata de entablar un pleito contra la otra; la definición no es exacta porque puede haber conciliación cuando las dos partes quieran demandar mutuamente y no sólo una de ellas lo pretenda hacer, y porque algunas legislaciones permitan las diligencias de conciliación aún ya promovido el juicio.²⁶

La conciliación que se lleva a cabo ante la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, se lleva en las siguientes etapas: al presentarse la reclamación por parte del usuario inconforme, se emite un oficio que es remitido a la institución aseguradora, acompañando al mismo copia del escrito de queja (si la hubo), marcando copia de dicho oficio al reclamante, en el cual se señalará día y hora en que se celebrará la audiencia conciliatoria y se requiere a la citada institución aseguradora la rendición de un informe, apercibiéndola que de no ocurrir el día y hora señalados a la audiencia y que de no rendir el informe solicitado se harán acreedora a las sanciones correspondientes.

Esta etapa (junta de conciliación), persigue los siguientes fines:

- a) Hacer del conocimiento de las partes la finalidad de la audiencia conciliatoria;
- b) Correr traslado con el informe que rinda la compañía aseguradora;
- c) Hacer del conocimiento del reclamante el motivo por el cual la compañía aseguradora considera improcedente la reclamación;

²⁶ Diccionario de Derecho Procesal Civil. Ed. Porrúa, S.A. México, 1994, Vigésima Primera Edición.

- d) Tratar de avenir o conciliar a las partes a través de las pláticas que al efecto realicen las mismas en esta audiencia ya que en algunas ocasiones la falta de información o comunicación entre las aseguradoras y el reclamante, es lo que motiva a la queja;
- e) En su caso, ordenar el registro de reserva técnica específica para obligaciones pendiente por cumplir;
- f) Evitar a través de esta audiencia un juicio futuro;
- g) Desempeñar la función de un filtro de los juicios que en un futuro se ventilen ya sea en la Comisión o ante los Tribunales del orden común, y
- h) Agotar la referida etapa que era obligatoria por ley, para las quejas que se presentaron hasta antes a la reforma que sufrió la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, publicada el 5 de enero de 2000, misma que como ya se dijo deroga el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

El mencionado informe deberá ser presentado por la institución de seguros, antes o al momento de celebrar la audiencia conciliatoria procediéndose a correr traslado al reclamante en la audiencia aludida, en caso de que comparezca a la misma y en caso contrario se le remitirá por oficio al domicilio que haya señalado para oír y recibir notificaciones. En dicho informe, la aseguradora deberá responder de manera razonada con respecto a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación. En caso de no presentar el informe, la empresa de seguros se hará acreedora a una sanción pecuniaria y hará tener por cierto lo manifestado por el usuario (artículo 68 fracción V de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros).

La Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, procederá a ordenar la institución de seguros, la constitución de la reserva técnica, la cual tiene como finalidad garantizar el pago de la prestación reclamada para el caso que, dicha institución

aseguradora se niegue a efectuar dicho pago, y con ello disponer de la misma reserva. Cabe señalar que la orden de constitución de reserva, no prejuzga la procedencia de la reclamación, ya que solo se puede determinar hasta la conclusión del procedimiento que se ventile.

Posteriormente, en el supuesto de que las partes se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y en consecuencia de la misma emita un laudo condenatorio y la institución aseguradora se abstiene de efectuar el pago de la suerte principal a que fue condenada, se procederá a requerir a la misma la exhibición de dicha suerte principal y en caso de que no la exhiba se procederá a efectuar el pago correspondiente a la persona en cuyo favor se hubiere dictado el laudo con cargo a la referida reserva constituida.

En esta junta conciliatoria, la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, a través de sus conciliadores, buscará la manera en que las partes concilien sus intereses, eliminando sus diferencias y proponiendo en su caso, soluciones para tal efecto a fin de evitar en lo posible que las partes lleguen a un juicio; esta audiencia puede concluir:

- a) Dejando a salvo los derechos del reclamante, y
- b) Aceptar la invitación de someterse al arbitraje de la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en cualquiera de sus tres modalidades.

Se pueden dejar a salvo los derechos por:

1. Por así solicitarlo el reclamante, al no aceptar la invitación a someterse al arbitraje de la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, y

2. Por que la institución aseguradora no acepte la invitación a someterse al arbitraje de la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

En caso de que las partes no estén de acuerdo en designar a la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en alguna de sus modalidades, el reclamante podrá ocurrir ante los Tribunales competentes, siguiendo ante dichos tribunales un juicio ordinario mercantil previsto en el Código de Comercio, tomando en cuenta las disposiciones previstas en el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En el evento de que la institución aseguradora rechace el arbitraje o no asista a la junta de conciliación y siempre que del escrito de reclamación o del informe presentado por la institución de seguros, se desprenda elementos que a juicio de la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, permitan suponer la procedencia de lo reclamado, la propia Comisión en comento, podrá emitir, previa solicitud por escrito del usuario un dictamen técnico que contenga su opinión. Para la elaboración del dictamen, la Comisión Nacional en comento podrá allegarse todos los elementos que juzgue necesario.

La Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen técnico, a efecto de que pueda hacer valer ante los Tribunales competentes, quienes deberán tomarlo en cuenta en el procedimiento respectivo. Dicho dictamen técnico deberá ser tomado como una opinión técnico- jurídica, no pericial emitida por la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros referente a la interpretación que hace la citada comisión de la procedencia de la reclamación presentada ante la misma a efecto de que el reclamante lo haga valer en los

Tribunales competentes, quienes deberán tomarlo en cuenta en el procedimiento respectivo.

Los arbitrajes que se tramitan ante la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, son:

- a) El arbitraje en estricto derecho, ya sea que las partes faculten a su elección, a la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o alguno o algunos de los árbitros propuestos por ésta, a resolver la controversia planteada con estricto apego a las disposiciones legales aplicables, y determinarán las etapas, formalidades, términos y plazos a los que se sujetará el arbitraje con arreglo a lo dispuesto en el artículo 75 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
- b) El arbitraje en amigable composición, en donde las partes facultarán a la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, a resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada, la controversia planteada y se fijarán de manera específica, de común acuerdo y previa opinión de la Comisión, las situaciones y puntos motivos de la controversia, estableciéndose las etapas, formalidades y términos a las que se sujetará el arbitraje. Caracterizándose éste arbitraje, por su brevedad, toda vez que las partes fijan la litis, la prueba o pruebas que habrán de desahogarse, renunciando, en ciertos casos a la etapa de alegatos.
- c) El arbitraje en estricto derecho con reducción de términos; en éste arbitraje las partes facultarán a la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros a resolver la controversia planteada con estricto apego a las disposiciones legales aplicables determinando las etapas, formalidades y reduciendo los términos previstos en la ley, mismos a que se sujetará el arbitraje. Aquí las partes podrán reducir los términos que consideren pertinentes, como

por ejemplo, los de presentación y contestación de demanda de nueve a cinco días, el desahogo de pruebas de 10 a cinco días, o el de alegatos de 8 a tres, a fin de obtener en un término más corto la resolución correspondiente.

Ya sitos en la etapa de la emisión del respectivo laudo, entendiéndolo éste como la resolución que pone fin al juicio arbitral (cualquiera de ellos), y una vez dictado dicho laudo por la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en los términos del artículo 80 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, corresponde a dicha comisión adoptar todas aquellas medidas necesarias para el cumplimiento de los laudos dictados por la misma, para lo cual mandará en su caso, que se pague a la persona en cuyo favor se hubiere dictado el laudo. Una vez que cause ejecutoria dicho laudo dictado, se procederá a requerir de pago a la compañía aseguradora.

Contra el laudo que dicte la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como contra las resoluciones que pongan fin a los incidentes de ejecución del mismo, emitidos por el citado organismo sólo admiten el juicio de amparo, ante los Tribunales Colegiados o Juzgados de Distrito en materia administrativa respectivamente.

Asimismo los convenios que en ocasiones se celebran ante la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, los mismo serán elevados a categoría de sentencia ejecutoria, como lo estatuye en el artículo 80 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Por último, de conformidad con el artículo 86 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financiero, la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, contará con un

cuerpo de defensores que prestarán los servicios de orientación jurídica y defensoría legal, únicamente a solicitud del usuario, quien está obligado a comprobar ante dicha Comisión, que no cuenta con los recursos suficientes para contratar un defensor especializado en la materia que atienda sus intereses.

La orientación jurídica, se proporcionará a los usuarios en los siguientes casos:

- a) Cuando el servicio se solicite por una sola vez, y
- b) Cuando de la información y documentación que se presente, se desprenda que no es necesario agotar instancias jurisdiccionales para el ejercicio de sus derechos.

En cuanto a la defensoría legal, ésta se podrá brindar gratuitamente a los usuarios, absteniéndose la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, de prestar éste servicio en aquellos casos en que las partes se sujeten a alguno de los procedimientos arbitrales antes mencionados (los que se llevan ante la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros). Para determinar la procedencia de la defensoría legal, es necesario la presentación de una solicitud por parte del usuario, y el respectivo defensor asesor, podrá solicitar la práctica de un estudio socioeconómico, para poder determinar la situación económica del usuario correspondiente; comunicándolo posteriormente la resolución de procedencia o no de la defensoría legal gratuita.

En caso de que resultara procedente la defensoría legal gratuita, éste se desempeñará bajo las siguientes características:

- a) El desempeño del defensor legal será gratuito, corriendo a cargo del usuario los gastos y costas que origine el juicio;
- b) El usuario promoverá ante los tribunales por su propio derecho, autorizando al defensor exclusivamente para oír y recibir notificaciones e imponerse de autos;
- c) El domicilio para oír y recibir notificaciones durante el procedimiento será el del propio usuario;
- d) El usuario deberá proporcionar al defensor legal, todos los documentos notificados con motivo del procedimiento, el mismo día en que le fueron notificados de los que el defensor acusará de recibo.

4.1.3. Competencia civil en la solución de conflictos en materia de Seguro de vida colectivo.

Agotada la etapa conciliatoria ante la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en caso de no conciliar la reclamación y se dejen a salvo los derechos del reclamante, o no agotada ésta etapa de acuerdo a lo ya expresado en el punto anterior, se podrá ocurrir ante los Tribunales competentes, ya sea del fuero común o federal, en la vía ordinaria mercantil.

Dicha vía ordinaria mercantil, la encontramos regulada en el Código de Comercio, de sus artículos 1377 al 1390, los cuales determinan el procedimiento por el cual se ventilará dicho proceso, para resolver el conflicto suscitado entre la compañía aseguradora y el reclamante, y de manera supletoria en términos del artículo 1387 de dicho Código de Comercio, lo que al efecto disponga la Ley Procesal de la Entidad Federativa que corresponda.

Por lo que se refiere al fuero Común o Federal que le compete conocer de la respectiva vía Ordinaria Mercantil, me permito precisar que será el propio

reclamante el que podrá elegir a que fuero acciona, ya que en términos de lo estatuido en la fracción I del artículo 53 de la Ley Orgánica del Poder Judicial Federal, resultan competentes ambos fueros, y será el propio reclamante quien pueda decidir acerca de esa enorme acción, al expresar textualmente:

Artículo 53. Los Jueces de Distrito Civiles Federales conocerán:

- I. De las controversias del orden civil que se susciten sobre el cumplimiento y aplicación de leyes federales o tratados internacionales celebrados por el Estado mexicano. Cuando dichas controversias sólo afecten intereses particulares podrán conocer de ellos, a elección del actor, los jueces y tribunales del orden común, de los Estados y del Distrito Federal.*

Independientemente de la elección que haya tomado el reclamante, en relación al fuero que accionó, en ese juicio, la actividad jurisdiccional llegará hasta declarar ejecutoria la sentencia dictada pero la cumplimentación y ejecución de la misma se hará en los casos siguientes:

- a) En caso de negativa de pago de la condena ya sea de la suerte principal o de intereses por parte de la institución de seguros, y una vez que haya causado ejecutoria la resolución correspondiente, se solicitará al juzgador que dirija oficio a la Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, acompañando la siguientes documentación certificada:
 - Sentencia o resolución interlocutoria.
 - Auto por el cual se haya declarado ejecutoria la resolución correspondiente;
 - Auto por el cual se haya requerido de pago a la institución de seguros.

- b) Cerciorarse de que el oficio sea debidamente notificado a la Comisión Nacional referida quien, una vez que reciba dicho oficio, procederá a dar vista y a requerir que acredite el pago a la institución de seguros correspondiente, con apercibimiento, agotando con esto la garantía de audiencia;
- c) Transcurrido el término que se otorgue a la institución de seguros, en caso de negativa u omisión por parte de la misma, se acusar la correspondiente rebeldía y se solicitará a la Comisión Nacional proceda a disponer de la reserva correspondiente, o en su caso, remate valores propiedad de la institución de seguros y remita, en billete de depósito del Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros S.N.C., por la cantidad a que haya sido condenada la referida institución de seguros al juzgado donde se ventile el juicio correspondiente, a fin de que sea el juez, que conozca del asunto, quien transfiera dicho billete de depósito a favor del actor.

4.2. Naturaleza Laboral.

4.2.1. Prestaciones de carácter laboral.

Nuestra legislación laboral, determina las "prestaciones" que un trabajador puede recibir, es decir comprende y define cada una de ellas, para el efecto de entender los tipos, las clases y diferencias entre unas y otras "prestaciones"; así encontramos en el artículo 82 de la Ley Federal del Trabajo, la definición de que "*salario es la retribución que debe pagar el patrón al trabajador por su trabajo*". Y que dicho salario se integra conforme a lo estatuido en el artículo 84 de dicha ley laboral, que a la letra expresa:

Artículo 84. El salario se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones,

prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo.

Del artículo antes transcrito podemos señalar que el salario se integra por dos aspectos: prestaciones en efectivo y prestaciones en especie.

Entendiendo que por prestación en efectivo, se entiende la cantidad en moneda de curso legal que el trabajador recibe, tales como la cuota diaria, gratificación, percepciones y comisiones.

Y que las prestaciones en especie se integran por los bienes y servicios que el trabajador reciba: tales como la habitación, la despensa, o servicios como el de la luz.

Pero la ley deja abierta la posibilidad de nuevas percepciones en efectivo, al decir "... y cualquier otra cantidad que se entregue al trabajador por su trabajo". Es decir, que el salario no consiste únicamente en la cantidad de dinero que en forma periódica y regular paga el patrón al trabajador, sino que además de esa prestación principal, están comprendidas en el mismo todas las ventajas económicas establecidas en el contrato (individual o colectivo), a favor del trabajador.

De lo anterior se desprenden las prestaciones legales, las cuales como ya dije se encuentran integradas en el respectivo artículo 84 de la Ley Federal del Trabajo, y de las prestaciones extralegales, las cuales las encontraremos establecidas en los respectivos contratos individuales o colectivos de trabajo, los cuales sin duda alguna podrán expresar y contener "beneficios o prestaciones extras", las cuales deberán estar expresamente detalladas, para el efecto de que no exista confusión o mala interpretación de ellas, en esos términos tenemos que encontrarlas expresamente en dichos contratos para que las mismas operen y en caso de incumplimiento del patrón, éstas sean

fácilmente reclamables por parte de los trabajadores, al tener éstos la obligación y la carga de la prueba para probar la procedencia de dichas prestaciones extralegales que se encuentren en conflicto. También dichas prestaciones extralegales lo que podrán hacer, es implementar el pago de las respectivas indemnizaciones, ya que pueden ser superiores a las que marca la ley para tal efecto, pues la voluntad de las partes en este sentido, estará por encima de la ley, ya que dicha ley sólo expresa los mínimos y en todo momento existe la posibilidad de incrementarlo por voluntad de las partes.

Para el Licenciado Juan B. Climent Beltrán, el artículo 84 en comento, "da una definición actual, con una nueva proyección y alcance al salario, en estos aspectos fundamentales: a) no se limita al salario contractual, estático, que puede inmovilizarse dentro de la estipulación formal, sino que atiende al salario real, dinámico, que emerge de la relación de trabajo; b) El salario se desdobra en dos dimensiones: una es el salario estricto, como contraprestación de los servicios prestados, que se agota en el pago inmediato de la percepción asignada; la otra, entraña un concepto más amplio que comprende, además de esa prestación principal, todas las ventajas económicas establecidas en el contrato, a favor del trabajador".²⁷

Es decir, que de igual manera reconoce que las prestaciones extralegales, se encuentran comprendidas dentro de dicho artículo en mención, ya que refiere que no solo se limita al salario estático, por ende debemos diferenciar a las prestaciones que su origen no lo encontraremos en la propia ley laboral, sino que podemos encontrarla única y exclusivamente en los contratos individuales o colectivos de trabajo, considerando a dichas prestaciones como extralegales.

Tratándose de la materia del contrato de vida colectivo deberemos entenderla como una prestación única y exclusivamente derivada ya sea de un contrato individual o un contrato colectivo de trabajo, así como lo expresa el Lic.

²⁷ Climent Beltrán, Juan B., Ley Federal del Trabajo, Comentada y Jurisprudencia, pág. 151.

Francisco Breña Garduño en su Ley Federal de Trabajo comentada y concordada: "No se integran los bienes o instrumentos de trabajo, incluyendo el uso de vehículos, las primas de antigüedad, por seguros de vejes (jubilación), de vida, médicos y otros similares, ni las becas o pagos de educación, ni útiles escolares, ni las actividades deportivas y culturales."²⁸

Todo lo anterior se refiere a que las prestaciones antes enunciadas, para dicho autor, no se encuentran comprendidas dentro de las estipulaciones en el artículo 84 en referencia, para efecto de considerarlas en caso de indemnizaciones, pues dichas prestaciones que refiere no tienen carácter integrador de salario sino éstas serán únicamente extralegales.

De lo anterior, puedo precisar que cuando el patrón otorga a sus trabajadores una prestación consistente en un seguro de vida, éste tendrá su origen ya sea en el contrato individual o en el contrato colectivo de trabajo, en el cual se establecerán los requisitos y características de dicho seguro de vida.

Por lo cual, al seguro de vida colectivo no se le deberá tener como percepción que integre el salario, sino en concepto de prevención social, aunque las autoridades laborales y el legislador, no han dado criterios lo suficientemente claros y sostenidos de dicho concepto, podemos encontrar que la doctrina la ha definido como "El conjunto de iniciativas espontáneas o estatales dirigidas a minorar la inseguridad y malestar de los económicamente débiles fuera del trabajo, incluyendo planes de viviendas baratas, ahorro, seguros, etc."

Asimismo, el concepto de previsión social, al cual pertenece el seguro de vida colectivo, puede ser tratado y estudiado, en términos de la legislación fiscal, para el efecto de determinar también, la integración o no de dicha "prestación" (seguro de vida colectivo) al salario, es decir, si para las leyes fiscales tal

²⁸ Breña Garduño, Francisco. Ley Federal del Trabajo Comentada y Concordada, Edición 1996. artículo 84.

percepción que pudiere estar recibiendo el trabajador, por parte de su patrón, ya sea en su totalidad o en parte, causa impuesto alguno.

Encontramos que es la Ley del Impuesto Sobre la Renta, la que estipula la obligación de tributar en el régimen fiscal de sueldos y salarios, a las siguientes personas físicas:

- a) Los trabajadores y empleados que perciben ingresos por sueldos, salarios y demás prestaciones, derivados de la prestación de un servicio personal subordinado.
- b) Los funcionarios y trabajadores de la Federación, las entidades federativas y los municipios que obtienen remuneraciones y demás prestaciones, aun cuando sea por concepto de gastos no sujetos a comprobación.
- c) Los miembros de las fuerzas armadas que obtienen remuneraciones y demás prestaciones; aun cuando sean por concepto de gastos no sujetos a comprobación.
- d) Los miembros de las sociedades cooperativas de producción que reciban anticipos y rendimientos.
- e) Los miembros de las sociedades y asociaciones civiles que perciban anticipos.
- f) Los miembros de consejos directivos, de vigilancia, consultivos o de cualquier otra índole que perciban honorarios.
- g) Los administradores, comisarios y gerentes generales que perciban honorarios.
- h) Las personas que presten servicios preponderantemente a un prestatario, por los honorarios que perciban. (artículo 10 de la Ley del Impuesto Sobre la renta.

Entonces, tenemos que todas aquellas personas físicas que se encuentren en los supuestos anteriores, tienen la obligación de pagar dicho impuesto,

posteriormente tendré que analizar el caso de que si dichas personas físicas tuvieran a su favor un seguro de vida colectivo, dicha "prestación" también integra al salario para el efecto de pagar el Impuesto Sobre la Renta.

Encontramos que la Ley del Impuesto Sobre la Renta, considera ingresos por la prestación del referido servicio, los conceptos siguientes:

1. Los salarios.
2. Las prestaciones que deriven una relación laboral.
3. La participación de los trabajadores en las utilidades de las empresas.
4. Las prestaciones percibidas como consecuencia de la terminación de la relación laboral.
5. Las becas otorgadas a personas que hubieren asumido la obligación de prestar servicios a quien otorga la beca.
6. La ayuda o compensación para renta de casa, transporte o cualquier otro concepto que se entregue en dinero o en bienes, sin importar el nombre con el cual se les designe.

Lo mencionado en el número dos, nos puede dejar la incógnita de que si dicha "prestación extralegal" del seguro de vida colectivo, si integra al salario, para efectos de pagar el mencionado Impuesto Sobre la Renta; pero a continuación expreso los ingresos de las personas físicas que están exentos del pago de dicho Impuesto, que con más frecuencia obtienen los trabajadores:

- a) El pago de tiempo extra que se pague a los trabajadores que perciben el salario mínimo general está exento del pago del Impuesto Sobre la Renta, siempre que no exceda de tres horas diarias ni de tres veces en una semana. Por el excedente se pagará el ISR. (art. 109, fracción I, LISR)

b) Las jubilaciones, pensiones, haberes de retiro, así como las pensiones vitalicias u otras formas de retiro, provenientes de la subcuenta del seguro de retiro o de la subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, previstas en la Ley del IMSS y las provenientes de la cuenta individual del SAR prevista en la Ley del ISSSTE, en los casos de:

1. Invalidez.
2. Incapacidad.
3. Cesantía.
4. Vejez.
5. Retiro.
6. Muerte.

Cuyo monto diario no exceda de nueve veces el salario mínimo general del área geográfica del contribuyente, están exentas del pago del ISR. Por el excedente se pagará el ISR. (art. 109, fracción III, LISR, 75 y 84 RISR).

c) Previsión Social, el trabajador no pagará el Impuesto Sobre la renta cuando obtenga ingresos por las prestaciones de previsión social siguientes:

1. Subsidios por incapacidad.
2. Becas educacionales para él o los hijos.
3. Guarderías infantiles.
4. Actividades culturales y deportivas.
5. Otras prestaciones de previsión social, de naturaleza análoga a las señaladas.

Para que las citadas prestaciones de previsión social estén exentas del pago de ISR, se deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1. Que se concedan de manera general.
2. Que se concedan de acuerdo con las leyes o contratos de trabajo

La previsión social sólo estará exenta hasta por el monto de un salario mínimo general del área geográfica del contribuyente elevado al mes. (art. 109, fracción VI, y último párrafo, LISR, 80 de RISR).

Y otros diversos ingresos que la respectiva ley detalla, pero lo que me interesa es lo mencionado en el c) anterior, ya que tenemos que bajo dicho concepto de previsión social, la posible "prestación" que reciban los trabajadores de sus patrones (seguro de vida colectivo), se encuentra exento del pago del Impuesto Sobre la Renta, claro con una limitante en cuanto al monto se refiere, pero en esencia encontramos la mencionada exención de pago, lo que nos deja claro, que dicha prestación extralegal (seguro de vida colectivo) no integra al salario, para el pago del respectivo Impuesto Sobre la Renta, siempre y cuando se cumplan los dos requisitos antes mencionados.

De igual forma la prestación de servicios personales subordinados, los servicios por los que perciban ingresos que la Ley del Impuesto Sobre la Renta asimile a sueldos y salarios, no son un acto gravado por la Ley de Impuesto al Valor Agregado, y por consiguiente no dan lugar al pago de dicho impuesto. (art. 114, LIVA).

Por último, de la interpretación del artículo 1° de la Ley del Impuesto al Activo, se desprende que en general, las personas físicas que perciben ingresos por sueldos, salarios o conceptos asimilados a éstos, se encuentran exentos del pago del Impuesto Activo.

Es decir, que todos aquellos trabajadores que tengan en su favor la "prestación" del seguro de vida colectivo, no pagarán impuesto alguno por dicho beneficio extralegal, por lo narrado en el presente punto.

4.2.2. Competencia laboral en la solución de los conflictos en materia de seguro de vida colectivo.

Cuando existen "conflictos" entre el trabajador o los beneficiarios, o el patrón o la compañía de seguros, ya sea por alguno de los siguientes supuestos: por falta de pago del siniestro, descuentos indebidos, cancelación por parte de la aseguradora, negativa a solicitud de cancelación, negativa de solicitud de duplicados o a informar el estado que guarda la póliza contratada, irregularidades con el plan adquirido, por actualización a nuevos pesos; respecto a las primas, por irregularidad en su manejo, monto superior al pactado o por el monto del rescate, etc.

Asimismo cuando dicha compañía de seguros rechaza la reclamación presentada por algún trabajador, patrón o beneficiario, por los siguientes supuestos: por agravación del riesgo asegurado, falsedad e inexacta declaraciones, falta de documentos, por rechazo del dictamen del IMSS, por invalidez total y permanente, por prescripción de derechos, por falta de la aceptación de la oferta; por lo que se refiere a los beneficiarios, por la falta de legitimación o por el cambio de los mismos o por el pago a beneficiarios distintos a los designados; en relación al siniestro, ya sea por que el mismo esta fuera de vigencia o excluido o no cubierto, etc.

Los anteriores supuestos los menciono de manera enunciativa, mas no limitativa, ya que sin duda en la práctica existen más supuestos; pero lo importante es precisar que en caso de conflicto de alguno de los supuestos antes mencionados o de cualquier otro de la misma naturaleza, no se deberá demandar a la compañía aseguradora, para el cumplimiento de su obligación, ante las autoridades del trabajo. Como se desprende la siguiente tesis:

Novena Época

Instancia: Primer Tribunal Colegiado en Materias Civil y de Trabajo del Segundo Circuito.

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta.

Tomo: IV, septiembre de 1996.

Tesis: II, 1°. C.T. 24 L.

Pág. 658.

INCOMPETENCIA DEL TRIBUNAL DE ARBITRAJE PARA CONOCER DEL SEGURO DE FALLECIMIENTO POR CAUSAS NATURALES. Es legal la determinación del Tribunal de Arbitraje de dejar a salvo los derechos del actor, para que los haga valer en la vía y forma correspondiente, cuando la muerte de un servidor público no es a consecuencia del servicio, sino por causas naturales, en atención a que la prestación exigida es de naturaleza administrativa.

Primer Tribunal Colegiado en materias Civil y de Trabajo del Segundo Circuito.

Amparo Directo 1359/95. Claudia Trejo Martínez. 8 de febrero de 1996.

Unanimidad de Votos. Ponente: Fernando Narváez Barker. Secretario:

Isaac Gerardo Mora Mortero.

De la anterior tesis, se desprende que la autoridad del trabajo no podrá conocer de un juicio en el cual se pretenda reclamar el pago de un seguro de vida; es decir, después de ocurrido el fallecimiento de la persona asegurada, su o sus beneficiarios no pueden lograr que ante la autoridad laboral se resuelva el respectivo conflicto suscrito con relación al seguro de vida del cual gozaba el asegurado, ya que para efectos de lograr dicho pago, se deberá accionar específicamente a la autoridad ya sea administrativa (opcional, ya carece de obligatoriedad) o jurisdiccional, conforme a lo estudiado en el capítulo inmediato anterior de la presente, como lo sustenta la siguiente tesis:

Novena Época

Instancia: Segunda Sala

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta.

Tomo : VII, mayo de 1998.

Tesis: 2°. XLI / 98.

Pág. 585

COMPETENCIA CONVERGENTE LABORAL Y ADMINISTRATIVA. DEBE DECLARARSE A FAVOR DE LOS ORGANOS QUE RESULTEN COMPETENTES PARA CONOCER DE LO DEMANDADO, SEGÚN LAS LEYES QUE LOS CREAN Y LOS RIGEN, AUNQUE TALES ENTES NO TENGAN UN CARÁCTER JURISDICCIONAL.

Los artículos 135 y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros prevén el procedimiento que se debe seguir, frente a la reclamación de un particular, contra una institución o sociedad mutualistas de seguros, derivada del contrato de seguros, ordenando agotar, previamente a cualquier instancia jurisdiccional, el procedimiento conciliatorio ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; y que si el actor no afirma bajo protesta de decir verdad, haber seguido ese procedimiento, los tribunales no darán entrada a la demanda en contra de una empresa de seguros. Por su parte, los artículos 1°. , 40 fracciones I, subincisos A y C, III y IV, del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en relación con el 464, fracciones III, IV, V y VI, 56 y 57 del Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, establecen los órganos y regulan el trámite a observar, cuando un derechohabiente pretenda alguna de las prestaciones económicas que otorga el citado instituto en su carácter de órgano asegurador. Y finalmente, el artículo 503 de la Ley Federal del Trabajo dispone que para la indemnización y la declaratoria

de beneficiarios, en los casos de muerte por riesgo de trabajo, se deben observar las normas ahí precisadas. En consecuencia, cuando en un curso se señalan como demandados, una compañía de seguros a la que se le reclaman prestaciones motivadas por el contrato de seguros que tiene celebrado con el actor, así como una Delegación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a la que se le requieren prestaciones en su calidad de órgano asegurador, y a su vez, ante la Junta se solicita la declaratoria de beneficiarios en los términos del citado artículo 503, la competencia para conocer de esas prestaciones no recae sólo en el órgano laboral respectivo, sino en los entes establecidos y creados por las leyes correspondientes, con el fin de dar solución a esas peticiones, sin que ello implique división de la causa, en razón de que tanto la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, como las Delegaciones Regionales del Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado son órganos administrativos; además, la circunstancia de que se haya incoado una sola demanda, no prohíbe dar intervención a las autoridades que resulten competentes para conocer de cada uno de estos asuntos.

Competencia 126/9. Suscitada entre la Primera Sala del Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje y la Junta Especial Número Veinticuatro de la Federal de Conciliación y Arbitraje en el Estado de Aguascalientes. 6 de marzo de 1998. Unanimidad de cuatro votos. Ausente: Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Ponente: David Góngora Pimentel. Secretario: Alfredo E. Báez López.

De la anterior transcripción se desprende que si bien los que se creen beneficiarios de una póliza de seguro de vida colectivo, pueden presentar su demanda laboral obviamente ante la Junta de Conciliación competente, por razón de materia, es decir federal o local, de acuerdo a la rama industrial a la que se dedique el patrón o empresa en la que laboraba el asegurado y por la

cual gozaba de esa prestación del seguro de vida colectivo, para el efecto de lograr la declaración de beneficiarios, y aún considerando que de acuerdo a esa declaración de beneficiarios se desprendiera la obligación de la institución de seguros, para realizar el pago del seguro de vida no puede sujetarse a dicha institución de seguros, para que aparezca como demandada ante la Junta de Conciliación y Arbitraje competente y más aún sea condenada en dicha acción laboral, pues por un lado existen las leyes aplicables al caso, las cuales son de materia completamente distinta a la laboral, como ya se dijo anteriormente en la presente tesis, y por otro lado existe una situación procesal de completa desventaja frente a los actores del proceso laboral, los cuales desde luego que tienen una situación procesal distinta a la de la empresa o patrón demandada y en su caso a la de la aseguradora, por ser aplicable en dicha vía y acción única y exclusivamente lo consagrado en la Ley Federal del Trabajo, la cual es tutelar de los trabajadores y no otorga igualdad a las partes contendientes, es decir procesalmente el trabajador tiene ventaja.

Aún así, encontramos diversas tesis, que lo primero que hacen ver, es que en la práctica, si existen dichos conflictos laborales, en los cuales bajo un proceso laboral sujetan a una compañía de seguros, la cual sólo en su carácter de "aseguradora" y no de patrón, intermediario o cualquier otra figura laboral, tiene que estar sometida al respectivo proceso, en ese tenor cito la siguiente tesis:

Séptima Época

Instancia: Cuarta Sala

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

Volumen: 133-138 Quinta Parte

Página: 65

SEGURO DE VIDA, PRESCRIPCIÓN EN MATERIA LABORAL DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL. A la acción de pago de póliza de seguro

de vida, pactada en el contrato colectivo que rige las relaciones entre la empresa y sus trabajadores, le es aplicable para la prescripción el término de un año que señala el artículo 516 de la Ley Federal del Trabajo, ya que el ejercicio de ese derecho se deriva de las relaciones de trabajo.

Amparo Directo 6544/79. Vicenta Guerrero Lara. 5 de junio de 1980. Unanimidad de cuatro votos. Ponente: Juan Moisés García. Secretario: Juan Manuel Vega Sánchez.

De lo anterior, podemos observar que ya sitos en un proceso laboral, la institución de seguros, en un carácter muy distinto al de un patrón, tendrá que desahogar ante la respectiva Junta Federal o Local de Conciliación y Arbitraje, o Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje, completamente la audiencia, ya sea el proceso ordinario o algún procedimiento especial, como en el caso del artículo 503 de la Ley Federal del Trabajo, en el cual tendrá que hacer valer sus defensas y excepciones, entre las cuales encontramos la mencionada en la tesis antes transcrita, en la cual se precisa, que la prescripción del seguro de vida en materia laboral, es la consagrada en la Ley Federal del Trabajo en su artículo 516, que a la letra expresa: *"Las acciones de trabajo prescriben en un año, contado a partir del día siguiente a la fecha en que la obligación sea exigible, con las excepciones que se consignan en los artículos siguientes"*.

Pues, dicha tesis considera que se trata de un derecho que se deriva de las relaciones de trabajo, y por ello no es aplicable lo estipulado en el artículo 519 de la Ley Federal del Trabajo, que expresa: *"Prescriben en dos años:*

- I. Las acciones de los trabajadores para reclamar el pago de las indemnizaciones por riesgo de trabajo;*
- II. Las acciones de los beneficiarios en los casos de muerte por riesgos de trabajo; y*

III. Las acciones para solicitar la ejecución de los laudos de las Juntas de Conciliación y Arbitraje y de los convenios celebrados ante ellas.

La prescripción corre, respectivamente, desde el momento en que se determinó el grado de la incapacidad para el trabajador; desde la fecha de la muerte del trabajador, y desde el día siguiente al en que hubiese quedado notificado el laudo de la Junta o aprobado el convenio. Cuando el laudo imponga la obligación de reinstalar, el patrón podrá solicitar de la Junta que se fije al trabajador un término no mayor de treinta días para que regrese al trabajo, apercibiéndolo que de no hacerlo, podrá el patrón dar por terminada la relación de trabajo."

Lo anterior deja claramente establecida la situación de que en la práctica si existe la posibilidad de demandar ante la autoridad laboral competente, a una Institución de Seguros, la cual podrá ser llamada a un proceso laboral ya sea ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, cuando el patrón se dedique a alguna de las ramas industriales expresadas en el artículo 527 de la Ley Federal del Trabajo;

Artículo 527. La aplicación de las normas de trabajo corresponde a las autoridades federales, cuando se trate de:

- I. Ramas Industriales:*
 - 1. Textil;*
 - 2. Eléctrica;*
 - 3. Cinematográfica;*
 - 4. Hulera;*
 - 5. Azucarera;*
 - 6. Minera;*
 - 7. Metalúrgica y siderúrgica, abarcando la explotación de los minerales básicos, el beneficio y la fundación de los mismos, así como la obtención del hierro metálico y*

acero a todas sus formas y ligas y los productos laminados de los mismos;

8. *De hidrocarburos;*
9. *Petroquímica;*
10. *Cementera;*
11. *Calera;*
12. *Automotriz, incluyendo autopartes mecánicas o eléctricas;*
13. *Química, incluyendo la química farmacéutica y medicamentos;*
14. *De celulosa y papel;*
15. *De aceites y grasas vegetales;*
16. *Productora de alimentos, abarcando exclusivamente la fabricación de los que sean empacados, enlatados o envasados o que se destinen a ello;*
17. *Elaboradora de bebidas que sean envasadas o enlatadas o que se destinen a ello;*
18. *Ferrocarrilera;*
19. *Madera básica, que comprende la producción de aserradero y la fabricación de triplay o aglutinados de madera;*
20. *Vidriera, exclusivamente por lo que toca a la fabricación de vidrio plano, liso o labrado, o de envases de vidrio; y*
21. *Tabacalera, que comprende el beneficio o fabricación de productos del tabaco.*

II. Empresas:

1. *Aquellas que sean administradas en forma directa o descentralizada por el Gobierno Federal;*

2. *Aquellas que actúen en virtud de un contrato o concesión federal y las industrias que les sean conexas;*
y
3. *Aquellas que ejecuten trabajos en zonas federales o que se encuentren bajo jurisdicción federal, en las aguas territoriales o en las comprendidas en la zona económica exclusiva de la Nación.*

También corresponderá a las autoridades federales la aplicación de las normas de trabajo en los asuntos relativos a conflictos que afecten a dos o más Entidades Federativas; contratos colectivos que hayan sido declarados obligatorios en más de una Entidad Federativa y, obligaciones patronales en las materias de capacitación y adiestramiento de sus trabajadores y de seguridad e higiene en los centros de trabajo."

También podrán conocer las Juntas Locales de Conciliación y Arbitraje, en los casos no previstos en el artículo anterior, en términos de los artículos 529 primer párrafo y 698 primer párrafo de la Ley Federal del Trabajo, los cuales expresan:

Artículo 529. En los casos no previstos por los artículos 527 y 528, la aplicación de las normas de trabajo corresponde a las autoridades de las Entidades Federativas.

Artículo 698. Será competencia de las Juntas Locales de Conciliación y de Conciliación y Arbitraje de las entidades federativas, conocer de los conflictos que se susciten dentro de su jurisdicción, que no sean de la competencia de la Juntas Federales."

Y el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje, tiene competencia para conocer de los conflictos individuales que se susciten entre titulares de una dependencia o entidad y sus trabajadores.

Una vez que aparezca la respectiva Institución de Seguros como codemandada o tercera llamada a proceso laboral ante la Junta de Conciliación y Arbitraje competente, la misma tendrá que sujetarse a los términos y etapas del mencionado proceso laboral, el cual por un lado podrá ser un procedimiento ordinario, el cual se desahoga en "una sola" audiencia de conciliación, demanda y excepciones y ofrecimiento y admisión de pruebas, la cual se substancia de la siguiente manera:

Artículo 876. La etapa conciliatoria se desarrollará en la siguiente forma:

I.- Las partes comparecerán personalmente a la Junta, sin abogados patronos, asesores o apoderados;

II.- La junta intervendrá para la celebración de pláticas entre las partes y exhortará a las mismas para que procuren llegar a un arreglo conciliatorio;

III.- Si las partes llegaren a un acuerdo, se dará por terminado el conflicto. El convenio respectivo, aprobado por la Junta, producirá todos los efectos jurídicos inherentes a un laudo;

IV.- Las partes de común acuerdo, podrán solicitar se suspenda la audiencia con objeto de conciliarse; y la Junta, por una sola vez, la suspenderá y la fijará para su reanudación dentro de los ocho días siguientes, quedando notificadas las partes de la nueva fecha con los apercibimientos de ley;

V.- Si las partes no llegan a un acuerdo, se les tendrá por inconformes, pasando a la etapa de demanda y excepciones; y

VI.- De no haber concurrido las partes a la conciliación, se les tendrá por inconformes con todo arreglo y deberán presentarse personalmente a la etapa de demanda y excepciones.

Artículo 878. La etapa de demanda y excepciones, se desarrollará conforme a las normas siguientes:

I.- El Presidente de la Junta hará una exhortación a las partes y si éstas persistieren en su actitud, dará la palabra al actor para la exposición de su demanda;

II.- El actor expondrá su demanda, ratificándola o modificándola, precisando los puntos petitorios. Si el promovente, siempre que se trate del trabajador, no cumpliera los requisitos omitidos o no subsanare las irregularidades que se le hayan indicado en el planteamiento de las adiciones a la demanda, la Junta lo prevendrá para que lo haga en ese momento;

III.- Expuesta la demanda por el actor, el demandado procederá en su caso, a dar contestación a la demanda oralmente o por escrito. En este último caso estará obligado a entregar copia simple al actor de su contestación; si no lo hace, la Junta la expedirá a costa del demandado;

IV.- En su contestación opondrá el demandado sus excepciones y defensas, debiendo de referirse a todos y cada uno de los hechos aducidos en la demanda, afirmándolos o negándolos y expresando los que ignore cuando no sean propios; pudiendo agregar las explicaciones que estime convenientes. El silencio y las evasivas harán que se tengan por admitidos aquellos sobre los que no se suscite controversia, y no podrá admitirse prueba en contrario. La negación pura y simple del derecho, importa la confesión de los hechos. La confesión de éstos no entraña la aceptación del derecho;

V.- La excepción de incompetencia no exime al demandado de contestar la demanda en la misma audiencia y si no lo hiciere y la Junta se declarara competente, se tendrá por confesada la demanda;

VI.- Las partes podrán por una sola vez, replicar y contrarreplicar brevemente, asentándose en actas sus alegaciones si lo solicitaren;

VII.- Si el demandado reconviene al actor, éste procederá a contestar de inmediato, o bien, a solicitud del mismo, la Junta acordará la suspensión de la audiencia, señalando para su continuación una fecha dentro de los cinco días siguientes; y

VIII.- Al concluir el período de demanda y excepciones, se pasará inmediatamente al de ofrecimiento y admisión de pruebas. Si las partes están de acuerdo con los hechos y la controversia queda reducida a un punto de derecho, se declarará cerrada la instrucción.

Artículo 880. La etapa de ofrecimiento y admisión de pruebas se desarrollará conforme a las normas siguientes:

I.- El actor ofrecerá sus pruebas en relación con los hechos controvertidos. Inmediatamente después el demandado ofrecerá sus pruebas y podrá objetar las del demandado;

II.- Las partes podrán ofrecer nuevas pruebas, siempre que se relacionen con las ofrecidas por la contraparte, y que no se haya cerrado la etapa de ofrecimiento de pruebas. Asimismo, en caso de que el actor necesite ofrecer pruebas relacionadas con hechos desconocidos que se desprendan de la contestación de la demanda, podrá solicitar que la audiencia se suspenda para reanudarse a los diez días siguientes a fin de preparar dentro de ese plazo las pruebas correspondientes a tales hechos;

III.- Las partes deberán ofrecer sus pruebas, observando las disposiciones del Capítulo XII de este Título; y

IV.- Concluido el ofrecimiento, la Junta resolverá inmediatamente sobre las pruebas que admita y las que deseche.

Artículo 885. Al concluir el desahogo de las pruebas, formulados los alegatos de las partes y previa certificación del Secretario de que ya no quedan pruebas por desahogar, el auxiliar, de oficio, declarará cerrada la instrucción y dentro de los diez días siguientes formulará por escrito el proyecto de resolución en forma de laudo, que deberá contener:

I.- Un extracto de la demanda y de la contestación, réplica y contrarréplica; y en su caso, de la reconvenición y contestación de la misma;

II.- El señalamiento de los hechos controvertidos;

III.- Una relación de las pruebas admitidas y desahogadas, y su apreciación en conciencia, señalando los hechos que deban considerarse probados;

IV.- Las consideraciones que fundadas y motivadas se deriven, en su caso, de lo alegado y probado; y

V.- Los puntos resolutivos.

Los artículos antes transcritos, nos estipulan como se desarrolla y desahoga el respectivo procedimiento ordinario ante las Juntas de Conciliación y Arbitraje, tanto Federales como Locales, existiendo la posibilidad de que también a las Instituciones de Seguros de les demande o llame a juicio laboral, mediante un procedimiento especial, como el consagrado en el artículo 503, sobre la designación de beneficiarios, teniendo que dicho procedimiento especial se caracteriza, por ser "una sola audiencia" de conciliación, demanda y excepciones, pruebas y resolución, es decir es un procedimiento que se desahoga con mayor rapidez.

En la Ley Federal del Trabajo, encontramos garantías y beneficios procesales a favor de los trabajadores, siendo estos, algunos de los motivos por los cuales considero que no pueden, ni deben ser llamados a juicio laboral las instituciones de seguros, en su único carácter de aseguradoras, es decir, completamente distinto a un carácter patronal; dentro de dichas garantías y protecciones a la clase trabajadora, entre otros encontramos lo que expresan los artículos siguientes:

Artículo 685...

Cuando la demanda del trabajador sea incompleta, en cuanto a que no comprenda todas las prestaciones que de acuerdo con esta Ley deriven de la acción intentada o procedente, conforme a los hechos expuestos por el trabajador, la Junta en el momento de admitir la demanda, subsanará ésta. Lo anterior sin perjuicio de que cuando la demanda sea oscura o vaga proceda en los términos previstos en el artículo 873 de esta ley.

Artículo 784. La Junta eximirá de la carga de la prueba al trabajador, cuando por otros medios esté en posibilidad de llegar al conocimiento de los hechos, y para tal efecto requerirá al patrón, para que exhiba los documentos que, de acuerdo con las leyes, tiene la obligación legal de conservar en la empresa, bajo el apercibimiento de que de no presentarlos, se presumirán ciertos los hechos alegados por el trabajador. En todo caso, corresponderá al patrón probar su dicho cuando exista controversia sobre:

- I. Fecha de ingreso del trabajador;*
- II. Antigüedad del trabajador;*
- III. Faltas de asistencia del trabajador;*
- IV. Causa de rescisión de la relación de trabajo;*
- V. Terminación de la relación o contrato de trabajo para obra o tiempo determinado, en los términos del artículo 37, fracción I y 53 fracción III de esta ley;*
- VI. Constancia de haber dado aviso por escrito al trabajador de la fecha y causa de despido;*
- VII. El contrato de trabajo*
- VIII. Duración de la jornada de trabajo;*
- IX. Pago de días de descanso y obligatorios;*
- X. Disfrute y pago de las vacaciones;*
- XI. Pago de las primas dominical, vacacional y de antigüedad;*
- XII. Monto y pago del salario;*
- XIII. Pago de la participación de los trabajadores en las utilidades de las empresas; y*
- XIV. Incorporación y aportación al Fondo Nacional de la Vivienda.*

Artículo 873. ...

Cuando el actor sea el trabajador o sus beneficiarios, la Junta en caso de que notare alguna irregularidad en el escrito de demanda, o que estuviere ejercitando acciones contradictorias, al admitir la demanda le señalará los defectos u omisiones en que haya incurrido y lo prevendrá para que los subsane dentro de un término de tres días.

El proceso laboral puede concluir, ya sea con un laudo condenatorio o absolutorio y también a través de un convenio celebrado ante dicha autoridad laboral, es el caso que se menciona en la siguiente tesis:

Séptima Época

Instancia: Cuarta Sala

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

Volumen: 28 Quinta Parte

Página: 42

SEGURO DE VIDA, CONVENIO SOBRE. Si las partes beneficiarias de un seguro de vida de un trabajador, celebran un convenio para distribuirse el seguro y éste es elevado a la categoría de laudo, la responsable al resolver en definitiva el conflicto, sólo puede estudiar las pruebas existentes en autos para determinar si los demandados tienen o no obligación de pagar el seguro y si está en el primer caso, la distribución respectiva debe hacerla conforme al convenio, el que no puede modificar en atención a las probanzas rendidas, ya que el mismo constituye la verdad legal acerca de las porciones que deben corresponder a las signantes del mismo, máxime que se trata de una prestación contractual, en la que no procede considerar renuncia alguna de derechos además de que en el convenio no intervino el patrón.

Amparo Directo 4657/7. Graciela Díaz López Mayén. 16 de abril de 1971.
Cinco votos. Ponente: María Cristina Salmorán de Tamayo.

Una vez que, de las anteriores tesis, se desprende que si existe la posibilidad y los criterios para ventilar ante las autoridades laborales el respectivo proceso laboral, en sus diferentes procedimientos, en este momento precisaré: que si bien el seguro de vida colectivo, en el presente trabajo lo estoy considerando como una prestación extralegal, la cual se origina por medio del respectivo contrato individual o colectivo de trabajo, no por ello las controversias que se susciten con motivo del mismo, se les puede otorgar una naturaleza laboral que se desprendan directamente de la subordinación y el pago de un salario por el trabajo obtenido, pues de lo que se trata es de una materia completamente distinta a la laboral, como lo expresa la siguiente tesis:

Octava Época

Instancia: Sexto Tribunal Colegiado en Materia de Trabajo del Primer Circuito.

Fuente: Semanario Judicial de la Federación.

Tomo: XI, Febrero de 1993.

Página: 316

RELACIÓN LABORAL, CONTRATOS DE SEGURO QUE NO PARTICIPAN DE LA. Si un sindicato de trabajadores contrató un seguro de vida colectivo a favor de sus agremiados actuando como particular, los conflictos que en su caso se susciten entre la aseguradora y los asegurados, relativos al pago de prima, vigencia, monto de la suma asegurada, calificación de siniestro, etc., no deben considerarse como controversias de naturaleza directa de la relación laboral que se establece conforme al artículo 20 de la Ley Federal del Trabajo, a través de un trabajo personal subordinado mediante el pago de un salario, por ello dicho conflicto no puede analizarse, por una Junta de Conciliación y Arbitraje, autoridad laboral, pues al haber pactado el sindicato contratante y la compañía aseguradora como particulares, debe estarse a lo

convenido en cuanto al órgano competente para resolver las controversias que se originen del contrato colectivo.

Sexto Tribunal Colegiado en materia de Trabajo del Primer Circuito.

Amparo Directo 9666/92. Seguros La República, S.A. 8 de octubre de 1992. Unanimidad de Votos. Ponente: María del Rosario Mota Cienfuegos. Secretario: José Guillermo Cuadra Ramírez.

Aunque existen tesis completamente distintas a la anterior, las cuales consideran que si debe conocer la autoridad laboral de las controversias suscitadas con motivo del seguro de vida colectivo, ya que expresamente establecen:

Novena Época

Instancia: Primer Tribunal Colegiado en Materia de Trabajo del Primer Circuito.

Fuente; Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta.

Tomo: VII, mayo de 1998.

Tesis: I. 1°. T. 97 L.

Pág. 1074.

SEGURO DE VIDA COMO PRESTACIÓN DERIVADA DE LA RELACION LABORAL. COMPETENCIA DE LAS AUTORIDADES DE TRABAJO. Cuando el patrón otorga a sus trabajadores una prestación consistente en un seguro de vida y lo establece en el contrato colectivo de trabajo, no se justifica que tenga que demandarse tal derecho en una vía distinta a la contemplada por la jurisdicción laboral, independientemente de la naturaleza de dicha prestación, toda vez que al incorporarse tal beneficio al pacto colectivo, se torna en una prestación de tipo laboral cuyo incumplimiento puede originar los conflictos a que alude el artículo 123,

apartado A, fracción XX, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que se sujetarán a la decisión de una Junta de Conciliación y Arbitraje según lo dispone ese mismo precepto.

Primer Tribunal Colegiado en materia de Trabajo del Primer Circuito.

Amparo Directo 311/98. Catalina Pérez Cruz y otros. 19 de febrero de 1998. Unanimidad de votos: Ricardo Rivas Pérez. Secretario: Ángel Salazar Torres.

Novena Época

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

Tomo: VIII, julio de 1998

Tesis: I.1°.T.99 L

Página: 394

SEGURO DE VIDA, ES EXCLUSIVO DE LOS BENEFICIARIOS QUE EL TRABAJADOR DESIGNA. Dicho seguro es una prestación que emana del contrato colectivo de trabajo; tienen derecho a recibir el importe de la póliza respectiva únicamente los beneficiarios que haya designado el trabajador y sólo se hace efectivo a su fallecimiento. Por consiguiente, para establecer el derecho de los beneficiarios al seguro en referencia, no rige la teoría de la dependencia económica a que se contrae el artículo 501 de la Ley Federal del Trabajo, sino solamente la designación que al respecto haya realizado el trabajador.

Primer Tribunal Colegiado en Materia de Trabajo del Primer Circuito.

Amparo Directo 7561/98. Florencia Martha Hernández Barrera. 21 de mayo de 1998. Unanimidad de votos. Ponente: Horacio Cardoso Ugarte. Secretaria: Teresa Sánchez Medellín.

En completo desacuerdo me encuentro frente a los criterios antes expresados, ya que como lo he comentado, no existe igualdad procesal entre el actor en el proceso laboral (beneficiarios o asegurado) y la compañía de seguros que se vea demandada, pues dicha ley laboral consagra beneficios y garantías a favor de los trabajadores a diferencia de las empresas demandadas, las cuales encuentran desventajas procesales, también no estoy de acuerdo, porque no se le puede tener a dicha prestación extralegal (seguro de vida colectivo), como controversia directa de la relación de trabajo, ya que ésta tiene diferente naturaleza, la cual es mercantil conforme a lo ya estudiado, asimismo al carecer de relación laboral entre el asegurado y la compañía de seguros respectiva, también encontramos incompetencia por parte de la Juntas de Conciliación y Arbitraje y del Tribunal de Arbitraje, para resolver conflictos con motivo del seguro de vida máxime que la relación que existe entre el asegurado y la compañía de seguros es meramente mercantil.

Al conocer los tribunales civiles o la respectiva Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, existirá igualdad procesal entre las partes, a diferencia del proceso laboral en el cual no existe tal igualdad, por ello, se debe considerar completamente improcedente toda demanda instaurada en contra de la institución de seguros, que tenga contratado un seguro de vida colectivo, a favor de los trabajadores de determinada empresa o patrón, y que sea presentada ante la competencia laboral, ya sea en términos del artículo 503 de dicha Ley Federal del Trabajo, para declarar el carácter de beneficiarios y así en caso de ser procedente el pago del seguro de vida que se trate, o de cualquier otro supuesto en el cual exista conflicto entre la compañía de seguros y el "reclamante", dejando a

salvo sus derechos para que el mismo los haga valer ante los tribunales competentes.

CONCLUSIONES

1.- El seguro de vida, tiene su origen en leyes meramente mercantiles y todo lo relacionado a dicho seguro se regula a través de leyes tanto administrativas, como mercantiles; debemos considerar que el seguro de vida colectivo es una modalidad del mismo, el cual solo se diferencia por la facilidad que otorgan dichas empresas de seguros, a las personas que siendo trabajadores de determinadas empresas, dependencias, etc., tienen la enorme posibilidad y ventaja de contratar un seguro de vida, a un menor precio, con menos requisitos para contratarlo y a veces con la ayuda económica de su patrón, es decir cuando el mismo paga todo o en parte las respectivas primas del seguro; por ello, es que siendo una modalidad del mismo conserva dicha naturaleza mercantil que es su origen.

2.- Aunque si bien es cierto, que debemos considerar al seguro de vida colectivo, como una "prestación extralegal" en la materia laboral, ya que se originará a través del contrato individual o colectivo de trabajo respectivo, y que dicho seguro, a veces cuenta con una aportación por parte del patrón en el pago de las primas; no por esto, podremos demandar el cumplimiento a través de un proceso laboral, ya que por un lado en dicho proceso que se ventilan los conflictos que se suscitan entre las partes que las une una relación laboral, de la cual no forma parte la "Aseguradora" respectiva, la cual sólo tiene celebrado un contrato meramente mercantil.

3.- Las Juntas Federales y Locales de Conciliación y Arbitraje y el Tribunal de Arbitraje, solo se encargan de la aplicación de las leyes laborales respectivas, y no tienen competencia para conocer de otras leyes o materias, por lo mismo, es que al demandar ante dichas autoridades laborales a una empresa o patrón, es con la única finalidad de la aplicación de las leyes antes comentadas, en el caso del seguro de vida colectivo que es contratado por el patrón para sus trabajadores que cumplan determinados requisitos, resultan

incompetentes, dichas autoridades laborales para poder aplicar las leyes mercantiles, y tendrán que dejar a salvo los derechos del "reclamante" para que los haga valer ante las autoridades competentes, resultando ser la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o los tribunales civiles competentes.

4.- Entre la aseguradora y el asegurado, jamás existirá relación laboral alguna, en el citado seguro de vida colectivo, por ello el "reclamante" del mismo, no puede demandar en un proceso laboral a dicha aseguradora, ya que a la misma se le sujeta a un proceso en el cual definitivamente se encuentra en desventaja procesal, al existir garantías y beneficios a favor de la parte trabajadora, y no existirá igualdad procesal; además cuando ya se le llamó a una aseguradora ante las autoridades de trabajo, para que la misma manifiesta lo relacionado con el seguro de vida colectivo, en el laudo que se dictare en el respectivo proceso laboral no podrá ni deberá deparar perjuicio alguno a dicha aseguradora y solo deberá manifestarse que dejan a salvo los derechos del "reclamante" para que los haga valer ante las autoridades competentes.

5.- El "reclamante" de un seguro de vida colectivo, podrá y deberá en caso de conflicto acudir ya sea ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o ante los Tribunales Civiles competentes, es decir, actualmente ya no es obligatorio el procedimiento conciliatorio ante dicha comisión, sino que es optativo agotarlo.

6.- Cuando se elige demandar ante los Tribunales civiles, existirá también la opción de elegir entre los tribunales del fuero común o los tribunales federales, siendo a elección del propio reclamante.

7.- Ante las leyes fiscales, la respectiva "prestación extralegal" del seguro de vida colectivo, no causa ningún tipo de impuesto, es decir no integra al salario

para el cálculo de impuestos, ya que lo consideran bajo el rubro de prestaciones de "previsión social".

BIBLIOGRAFIA

A. H. WILLET, The economic Theory and Insurance, Vol. XIX.

E. T. CRAWFORD Y S.P. HARLAN, The law of Group Insurance. Compañía Editora Cooperativa de Abogados.

BREÑA GARDUÑO FRANCISCO. "Ley Federal del Trabajo Comentada y Concordada", Cuarta Edición, Editorial Harla Méx. 1996.

CLIMENT BELTRÁN JUAN B. "Ley Federal del Trabajo Comentada y Jurisprudencia", Editorial Esfinge S.A. de C.V. 1993.

MACLEAN JOSEPH B. "El Seguro de Vida", Editorial Continental, Traducción de la Novena Edición en Inglés, México 1965.

MAGEE JOHN. "El Seguro de Vida", Primera Edición en Español, Editorial Hispano Americana, México 2º Traducción 1947.

MARTÍNEZ GIL, JOSÉ DE JESÚS. "Manual Teórico y Práctico de Seguros", Editorial Porrúa. Méx. 1995.

MINZONI CONSORTI ANTONIO. "Crónica de 200 años del Seguro en México"; Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 1991.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, JOAQUÍN. " Derecho Mercantil", Editorial Porrúa S.A. México 1991, vigésima edición, tomos I y II.

RUIZ RUEDA LUIS. "El Contrato de Seguro", Editorial Porrúa, México 1978.

SÁNCHEZ FLORES, OCTAVIO GUILLERMO DE JESÚS. "La Institución del Seguro en México", Editorial Porrúa, México 2000.

LEGISLACIÓN CONSULTADA

Código de Comercio.

Ley sobre el Contrato de Seguro.

Ley General de Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Reglamento Interior de la Comisión de Seguros y Fianzas.

Reglamento Interior de la Comisión Nacional para la de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Ley Federal del Trabajo

Ley Orgánica del Tribunal Federal

Ley del Impuesto Sobre la Renta

Ley del Impuesto al Activo

Ley del Impuesto al Valor Agregado

ENCICLOPEDIAS Y REVISTAS

Actualización en Seguros y Fianzas, Editado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, diversos volúmenes.

Curso de Introducción al seguro, Fundación Mapfre Estudios, Itsemap, México S.A. de C.V.

Diccionario de Derecho Procesal Civil, Vigésima Primera edición, Ed. Porrúa México, 1994.

Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, séptima edición, México 1994.

Enciclopedia Jurídica Omeba.

Jurisprudencia y Tesis Aisladas IUS 2003. Suprema Corte de Justicia.

Revista Mexicana de Seguros, fianzas y Fianzas, año 49, núm. 566, mayo 1997.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo I. Antecedentes Históricos de la actividad Aseguradora en México	4
1.1 período comprendido de 1821 a 1934	4
1.2 período comprendido de 1935 a 1999	12
1.3 El trato de Libre Comercio de América del Norte y el Seguro en México	26
1.4 Antecedentes Históricos del control estatal en la actividad aseguradora en México	29
1.4.1 Período comprendido de 1854 a 2003.....	30
Capítulo II. El Seguro de Vida.....	41
2.1 Concepto.....	41
2.2 Clases de seguros de vida.....	43
2.3 Elementos personales.....	47
2.3.1 La compañía	47
2.3.2 El contratante	55
2.3.3 El asegurado.....	58
2.3.4 El beneficiario	60
2.4 Conceptos propios del Seguro de Vida.....	68
2.4.1 Indisputabilidad	68
2.4.2 Doble indemnización	76
2.4.3 Tablas de mortabilidad.....	78

Capítulo III. Características del seguro de Vida Colectivo.....	82
3.1 Definición	82
3.2 Partes Contratantes	84
3.3 El pago de primas	89
3.4 Condiciones mínimas de la póliza y y de los certificados	91
3.4.1 Periodo de gracia	91
3.4.2 La solicitud forma parte de la póliza.....	91
3.4.3 Designación de beneficiarios	93
3.4.4 Evidencia de la asegurabilidad	94
3.4.5 Emisión de certificados individuales.....	95
3.4.6 La conversión del seguro a la terminación del empleo.....	96
3.5 Determinación de la cobertura individual	97
3.6 Terminación del contrato.....	99
Capítulo IV. Naturaleza jurídica del seguro de Vida Colectivo.....	100
4.1 Naturaleza mercantil	100
4.1.1 Competencia de la comisión nacional de de seguros y fianzas en la solución de conflictos en materia de seguro de Vida Colectivo.....	102
4.1.2 Procedimiento conciliatorio ante la comisión nacional para la protección y defensa de de los usuarios de servicios financieros.....	103
4.1.3 Competencia civil en la solución de conflictos en materia de seguro de vida colectivo.....	104
4.2. Naturaleza laboral.....	116

4.2.1 Prestaciones de carácter laboral.....	116
4.2.2 Competencia laboral en la solución de los conflictos en materia de seguro de vida colectivo.....	124
Conclusiones.....	144
Bibliografía.....	147
Indice.....	150